

Álitsgerðir ágreiningsmálanefndar 1998 og 1999

Ágreiningsmál sem rísa vegna samskipta almennings
og heilbrigðisþjónustunnar

Mars 2001

Formáli

Hér birtist önnur skýrsla nefndar um ágreiningsmál samkvæmt 5. mgr. 3. gr. laga nr. 97/1990 um heilbrigðisþjónustu með útdráttum úr álitsgerðum nefndarinnar á árunum 1998 og 1999.

Um skipan nefndarinnar og starfssvið vísast til fyrstu skýrslu hennar sem út kom í hefti – Rit 1 – 1999 - á vegum heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins og birt var einnig á vefsíðu ráðuneytisins, en nefndarmenn eru þeir sömu og þá svo og ritari nefndarinnar Feldís Lilja Óskarsdóttir lögfræðingur.

Birtir eru útdrættir úr 23 álitsgerðum.

Til þess að útdrættirnir væru aðgengilegir til yfirlstrar fyrir almenning sá nefndin ástæðu til að hafa íslensk heiti í sviga yfir læknisfræðileg hugtök, sem koma fyrir í skýrslunni. Af hálfu nefndarinnar hefur einn nefndarmanna Guðmundur Pétursson læknir annast þýðingu hugtakanna. Hefur hann þar aðallega stuðst við eftirtalin rit: Nomina Anatomica Islandica – Íslensk Líffæraheiti eftir Guðmund Hannesson. Reykjavík 1941. Fylgir Árbók Háskóla Íslands 1936-1937 og Íðorðasafn lækna. English/Icelandic Medical Terminology. Gefið út af Orðanefnd læknafélaganna á árunum 1985-1989. Ritstjóri Magnús Snædal cand. mag. Kunna aðrir nefndarmenn honum bestu þakkir fyrir verkið.

Það er von nefndarinnar að heilbrigðisyfirvöld, heilbrigðisstéttir og aðrir þeir sem hafa áhuga á að kynna sér álitsgerðir ágreiningsmálanefndar hafi eitthvert gagn af skýrslunni.

Reykjavík, 8. mars 2001

Rúnar Guðjónsson

Krstín Björnsdóttir

Guðmundur Pétursson

EFNISYFIRLIT:

Málanúmer	Umfjöllunarefni.	Bls.
1/1997	A og B gegn Sjúkrahúsi Suðurnesja	4
8/1997	A gegn Ríkisspítölunum og landlækni	7
11/1997	A og B gegn Sjúkrahúsi Vestmannaeyja	9
13/1997	A gegn tveim sjálfstætt starfandi læknum	12
17/1997	A gegn Sjúkrahúsi Reykjavíkur	12
18/1997	A gegn Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri og Ríkisspítölunum	14
19/1997	A gegn Sjúkrahúsi Reykjavíkur	15
21/1997	A gegn Sjúkrahúsi Reykjavíkur	16
1/1998	A gegn Ríkisspítölunum	18
2/1998	A gegn Sjúkrahúsi Reykjavíkur	19
3/1998	A gegn Sjúkrahúsi Reykjavíkur	22
4/1998	A gegn Sjúkrahúsi Suðurlands og Heilsugæslust. Sólvangi	23
5/1998	A gegn Ríkisspítölunum	25
6/1998	A gegn Ríkisspítölunum	27
7/1998	A gegn Sjúkrahúsi Reykjavíkur	29
8/1998	A gegn Sjúkrahúsi Reykjavíkur	31
10/1998	A gegn Ríkisspítölunum	33
1/1999	A gegn Ríkisspítölunum	35
2/1999	A gegn sjálfstætt starfandi lækni	36
3/1999	A gegn Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri	37
5/1999	A gegn Ríkisspítölunum	39
6/1999	A gegn Heilbrigðisstofnun Suðurnesja	40
7/1999	A gegn Sjúkrahúsi Reykjavíkur	43

Mál nr. 1/1997

I

A og B óskuðu eftir álitni nefndarinnar á því hvort barn þeirra C, hefði orðið fyrir heilsutjóni við fæðingu, sem hægt hefði verið að komast hjá hefði fæðingin farið fram á fullbúnu sjúkrahúsi og hvort rétt hefði verið staðið að fæðingarhjálpinni. Einnig að nefndin léti uppi álit á því hvort grundvöllur hefði stofnast fyrir skaðabótum. A og B töldu að sjúkrahúsið hefði ekki sinnt upplýsingaskyldu sinni gagnvart þeim og ekki verið gætt ákvæða 3. mgr. 18. gr. læknalaga nr. 53/1988 né ákvæða 1. mgr. 23. gr. almannatryggingalaga nr. 117/1993 (áður 28. gr. laga nr. 67/1971) um tilkynningu til Tryggingastofnunar ríkisins. Álit landlæknis lá ekki fyrir í málinu.

C fæddist þann 16. apríl 1992 á Sjúkrahúsi Suðurnesja. A fór í sónarskoðun (ómskoðun) þegar hún var gengin með 33 vikur og sást þá að barnið var mjög stórt. Í mæðraskoðun á 39. viku mældist barnið vera 18 merkur en þegar C fæddist 10 dögum síðar reyndist það vera 5250 g og 57 cm. Þar sem fæðingin gekk nokkuð seint fyrir sig var notuð siliconklukka og gerð episiotomia (spangarskurður) hjá A. Þegar höfuð barnsins var komið út snerist það í 90 gráður og hægri öxl barnsins festist undir symphysu (lífbeinstengslum). Ljósmóðir og B ýttu á fundus uteri (legbotn) og reynt var að luxera (liðka) öxlina fram, fyrst með þrýstingi ofan lífbeins og síðan með rotatio (snúningi) og tókst það fyrst þegar verulegu afli var beitt. Vakthafandi sérfræðingur sem var viðstaddur fæðinguna taldi ekki óhætt að beita aftari öxl venjulegum snúningi þar sem naflastrengur hafði komið niður með aftari öxlinni vegna hættu á að klemma naflastrenginn of mikið. Um það bil tvær mínútur tók að ná barninu út og þegar það fæddist var það algjörlega máttlaust og öndun nánast engin. Eftir að sogað hafði verið úr vitum þess svaraði það eðlilegum stimulans (örvun) nema á hægri handlegg. Síðar var staðfest að barnið hafði hlotið brachial plexus skaða (taugaskaða vegna axlarklemmu) á hægri handlegg. C hefur nú verið metinn rúmlega 50% öryrki.

II

Kvörtun A og B barst nefndinni þann 14. janúar 1997 og viðbót við hana þann 20. janúar. Nefndin óskaði eftir greinargerð frá Sjúkrahúsi Suðurnesja og barst hún þann 20. mars 1997. Nefndin óskaði eftir viðbót við greinargerðina og barst hún þann 5. maí 1997. Þann 15. febrúar 1998 bárust athugasemdir A og B. Þann 20. maí 1998 barst svar við almennum spurningum nefndarinnar um axlarklemmur frá Fag nefnd Félags íslenskra

kvensjúkdómalækna (FÍK).

III

Á árinu 1997 bárust nefndinni nokkrar kvartanir vegna barna sem urðu fyrir skaða vegna axlarklemmu í fæðingu. Nefndin óskaði eftir almennri umfjöllun frá fagfólki um áhættuþætti og viðbrögð ljósmæðra og lækna er stendur á öxlum í fæðingu. Haft var samband við stjórn Félags fæðinga- og kvensjúkdómalækna og barst svar frá Fagnefnd FÍK.

Í svörum Fagnefndar FÍK kom fram að ekki væri hægt að meta stærð og vaxtarlag fósturs með nákvæmum hætti. Skekkjumörk væru frá 10 til 25% og væri ómtæknin (sónar) einungis lítið betri en ágiskun ljósmóður eða læknis. Menn hafi ekki komið sér saman um neina efri stærð fósturs þar sem hætta á axlarklemmu sé orðin það mikil að rétt sé að taka barn með keisaraskurði en flestir hafi þá viðmiðun að ef barn sé örugglega yfir 5000 g sé rétt að íhuga keisaraskurð. Stærð móður og vaxtarlag hafi ekki afgerandi áhrif um þetta val nema í þeim tilvikum þar sem móðir er lægri en 150 cm. Fyrri fæðingar móður væru vísandi og hefði fyrri fæðing endað með axlarklemmu og næsta meðganga, þ.m.t. stærð móður og barns sækir í sama farið væri oft gripið til keisaraskurðar. Þess beri þó að gæta að margar mæður fæða börn yfir 5000 g án minnstu vandamála. Ennfremur ber að hafa í huga áhættu sem fylgja keisaraskurðum s.s. blæðingar, blóðtappi og sýkingar með alvarlegum afleiðingum sem verða heldur ekki séðar fyrir og koma þar með inn í ákvörðun um val á fæðingu.

Í svarinu kom einnig fram að viðbrögð við axlarklemmu séu mismunandi eftir löndum en hér á landi móti hver deild sín viðbrögð. Frumreglan væri að gera stóran spangarskurð, losa fyrst aftari handlegg og reyna síðan að losa um hinn fremri. Samhliða þessu væru fætur móður sveigðir aftur eins og hægt er og þrýst á eftir barni með þéttri hendi ofan við lífbein móður. Ljósmæður og lækna læri þessa tækni í námi sínu en misjafnt sé hve mikla reynslu menn hafi þar sem þetta sé ekki algeng uppákoma. Þess beri og að gæta að hér sé um að ræða lifandi einstaklinga þar sem engin tvö tilvik séu eins. Axlarklemma uppgötvist óvænt á síðustu stigum fæðingar og þá verði ekki aftur snúið. Barnið hefur u.þ.b. 5 mínútna þol en talið sé best að losa og ná fram barninu vel innan þess tíma svo ekki hljótist af andlegir áverkar. Hins vegar sé ekki alltaf hægt að forða taugasköðum á axlir og handleggi sem komi til við ofanefnd inngríp í fæðinguna.

Áhættuþáttum væri lýst fyrir konunni og leitað eftir afstöðu hennar ef vafi léki á því hvort rétt væri að láta taka barnið með keisaraskurði. Hins vegar komi oft ekki grunsemdir um þetta fram á meðgöngunni né þegar konan komi inn til fæðingar. Þær konur séu miklu fleiri sem óttist fæðingu og færi það í tal hvort ekki sé öruggara að þær fæði með keisara. Langstærstur hluti þeirra kvenna fæði síðan án minnstu örðugleika. Í hópi kvenna sem lendi í

axlarklemmu við fæðingu séu einnig mæður sem séu að fæða börn undir 4000 g á þyngd. Það sé því augljóst að fæðingarlæknum og ljósmæðrum sé nokkur vandi á höndum.

IV

Í tilviki C hafði móðirin farið í sónarskoðun á 33. viku meðgöngu og kom þá í ljós að um stórt barn var að ræða, en þar sem móðirin hafði fætt barn áður og grind hennar var talin vera góð var það mat starfsfólks sjúkrahússins að láta hana fæða á Sjúkrahúsi Suðurnesja. Þegar barnið fæddist kom síðan í ljós að stærð þess hafði verið verulega vanmetin. Þrátt fyrir að ljóst væri að barnið væri stórt hafði meðgangan gengið mjög vel og því taldi nefndin að ekki hefðu verið forsendur fyrir því að ákveða að senda móðurina á betur búið sjúkrahús.

Þegar öxl barnsins festist var orðið of seint að beita keisaraskurði og varð að bregðast eins vel við aðstæðum og kostur var. Vakthafandi læknir mat það svo að ekki væri hægt að sækja aftari öxlina vegna hættu á að naflastrengur klemmdist, en hann hafði fallið fram með höfðinu. Ekki mátti líða langur tími frá því höfuð barnsins var komið út uns barnið fæddist. Af gögnum málsins virtist sem reynt hafi verið að þrýsta á fundus uteri (legbotn) og luxera (liðka) öxlina fram, en ekkert gengið fyrir en verulegu afli var beitt. Vegna þess hversu barnið var máttfarið þegar það fæddist er ljóst að ekki var hægt að draga fæðinguna lengur og að beita varð afli til koma barninu út. Afleiðingin var plexusskaði (taugaskaði vegna axlarklemmu), en erfitt er að segja fyrir um hvort möguleiki hafi verið á því að beita öðrum aðferðum eins og á stóð. Ekkert kom fram í gögnum málsins, sem benti til að rangt hefði verið brugðist við þessu tilviki og verður því að treysta mati viðkomandi læknis og ljósmóður á staðnum.

Í 3. mgr. 18. gr. læknalaga nr. 53/1988 kemur fram að ef skaði hljótist af læknisverki beri lækni þeim sem vann verkið eða yfirlækni að tilkynna það til landlæknis. Nefndin taldi að þetta ákvæði læknalaganna ætti ekki við í þessu tilviki. Ekki væri ætlast til að allar aðgerðir sem ekki heppnast eins og vonir standa til séu tilkynntar til landlæknis. Nefndin taldi að 1. mgr. 23. gr. laga um almannatryggingar nr. 117/1993 ætti ekki við í þessu tilviki.

V

Niðurstaða nefndarinnar þann 18. júní 1998 var eftirfarandi:

Nefndin taldi að þrátt fyrir að stærð fóstursins hefði verið vanmetin og afleiðing axlarklemmunnar væri sú að C hlaut varanlegan plexusskaða (taugaskaða vegna axlarklemmu), væri ekki um að ræða bótaskyld mistök hjá starfsfólki Sjúkrahúss Suðurnesja. Ekkert benti til annars, en að brugðist hefði verið rétt við þegar axlarklemman átti sér stað enda mátti ekki stefna lífi barnsins í hættu.

Nefndin féllst ekki á að brotið hefði verið gegn ákvæðum 3. mgr. 18. gr. læknalaga

nr. 53/1988. Nefndin taldi að ákvæði 1. mgr. 23. gr. almannatryggingalaga nr. 117/1993 ætti ekki við í þessu tilviki.

Mál nr. 8/1997

I

A óskaði eftir álitni nefndarinnar á því hvort heilsutjón sonar hennar B mætti rekja til þeirrar fæðingarhjálpur sem viðhöfð var við fæðingu hans, hver bæri ábyrgð og hvort grundvöllur hefði stofnast fyrir skaðabótum. Einnig kvartaði A undan afgreiðslu Landlæknisembættisins á fyrirspurn um tíðni axlarklemmufæðinga hér á landi, skaða þeirra og mögulegar fyrirbyggjandi aðgerðir. Álit landlæknis lá fyrir í málinu.

B fæddist á fæðingardeild Landspítalans þann 31. maí 1993. A var að fæða sitt annað barn en fyrra barn hennar fæddist 16 merkur. Við fæðingu þess þurfti að beita sogklukku þar sem hægði á hjartslætti barnsins í lok fæðingarinnar, en fæðingin gekk vel að öðru leyti. Síðari meðganga A var eðlileg og hún hraust. Fæðingin gekk eðlilega fyrir sig til að byrja með og höfuðið gekk eðlilega fram. Stóð á annarri öxlinni, en hún kom út um mínútu eftir að höfðuðið hafði fæðst. Þegar barnið var fætt kom í ljós að það hreyfði ekki hægri handlegg og við skoðun kom í ljós að um var að ræða áverka á plexus brachialis (taugaskaða vegna axlarklemmu) hægra megin.

II

Kvörtun A barst nefndinni þann 5. mars 1997. Nefndin óskaði eftir greinargerð frá Ríkisspítölnum og barst hún þann 13. febrúar 1998. A var gefinn kostur á að koma að frekari athugasemdum og bárust þær 30. mars 1998. Þann 20. maí 1998 barst svar frá Fagnefnd FÍK við almennum spurningum nefndarinnar um axlarklemmur.

III

Á árinu 1997 bárust nefndinni nokkrar kvartanir vegna barna sem urðu fyrir skaða vegna axlarklemmu í fæðingu. Nefndin óskaði eftir almennri umfjöllun frá fagfólki um áhættuþætti og viðbrögð ljósmæðra og lækna er stendur á öxlum í fæðingu. Haft var samband við stjórn Félags fæðinga- og kvensjúkdómalækna og barst svar frá Fagnefnd FÍK.

Í svörum Fagnefndar FÍK kom fram að ekki væri hægt að meta stærð og vaxtarlag fósturs með nákvæmum hætti. Skekkjumörk væru frá 10 til 25% og væri ómtæknin (sónar) einungis lítið betri en ágiskun ljósmóður eða læknis. Menn hafi ekki komið sér saman um neina efri stærð fósturs þar sem hætta á axlarklemmu sé orðin það mikil að rétt sé að taka

barn með keisaraskurði en flestir hafi þá viðmiðun að ef barn sé örugglega yfir 5000 g sé rétt að íhuga keisaraskurð. Stærð móður og vaxtarlag hafi ekki afgerandi áhrif um þetta val nema í þeim tilvikum þar sem móðir er lægri en 150 cm. Fyrri fæðingar móður væru vísandi og hefði fyrri fæðing endað með axlarklemmu og næsta meðganga, þ.m.t. stærð móður og barns sæki í sama farið væri oft gripið til keisaraskurðar. Þess beri þó að gæta að margar mæður fæða börn yfir 5000 g án minnstu vandamála. Ennfremur ber að hafa í huga áhættu sem fylgir keisaraskurðum s.s. blæðingar, blóðtappi og sýkingar með alvarlegum afleiðingum sem verða heldur ekki séðar fyrir og koma þar með inn í ákvörðun um val á fæðingu.

Í svarinu kom einnig fram að viðbrögð við axlarklemmu séu mismunandi eftir löndum en hér á landi móti hver deild sín viðbrögð. Frumreglan væri að gera stóran spangarskurð, losa fyrst aftari handlegg og reyna síðan að losa um hinn fremri. Samhliða þessu væru fætur móður sveigðir aftur eins og hægt er og þrýst á eftir barni með þéttri hendi ofan við lífbein móður. Ljósmaður og læknar læri þessa tækni í námi sínu en misjafnt sé hve mikla reynslu menn hafi þar sem þetta sé ekki algeng uppákoma. Þess beri og að gæta að hér sé um að ræða lifandi einstaklinga þar sem engin tvö tilvik séu eins. Axlarklemma uppgötvist óvænt á síðustu stigum fæðingar og þá verði ekki aftur snúið. Barnið hefur u.þ.b. 5 mínútna þol en talið sé best að losa og ná fram barninu vel innan þess tíma svo ekki hljótist af andlegir áverkar. Hins vegar sé ekki alltaf hægt að forðast skaða á öxlum og handleggjum sem komi til við ofanefnd inngríp í fæðinguna.

Áhættuþáttum væri lýst fyrir konunni og leitað eftir afstöðu hennar ef vafi léki á því hvort rétt væri að láta taka barnið með keisaraskurði. Hins vegar komi oft ekki grunsemdir um þetta fram á meðgöngunni né þegar konan komi inn til fæðingar. Þær konur séu miklu fleiri sem óttist fæðingu og færi það í tal hvort ekki sé öruggara að þær fæði með keisara. Langstærstur hluti þeirra kvenna fæði síðan án minnstu örðugleika. Í hópi kvenna sem lendi í axlarklemmu við fæðingu séu einnig mæður sem séu að fæða börn undir 4000 g á þyngd. Það sé því augljóst að fæðingarlæknum og ljósmæðrum sé nokkur vandi á höndum.

IV

A hafði áður fætt stórt barn, verið hraust á síðari meðgöngunni, þyngdist eðlilega og fósturvöxtur og legvaxtarrit voru innan eðlilegra marka. Ekkert gaf til kynna að fæðingin yrði erfið, þrátt fyrir að búast mætti við að barnið yrði fremur stórt, og því ekki ástæða til annars en að láta barnið fæðast með eðlilegum hætti. Nefndin taldi mikilvægt að fyrir hendi væru á hverjum stað skýrar reglur um það hvernig brugðist skuli við ef til axlarklemmu kemur. Í tilviki A var ekki beitt spangarskurði. Nefndin taldi þó ekki að það eitt sér leiddi til þess að um mistök hefði verið að ræða þar sem ekki væru allir sammála um að nauðsynlegt væri að beita spangarskurði þegar axlarklemma á sér stað.

Ekki kom nægilega skýrt fram í mæðraskrá A hversu mikil fyrirstaðan á því að fyrri handleggurinn fæddist var, né heldur hvaða aðferðum var beitt til að ná honum fram. Nefndin taldi mikilvægt að svona atriði væru skráð mjög nákvæmlega í mæðraskrá og taldi ámælisvert hversu lítið var skráð um þetta tilvik. Ekkert kom hins vegar fram í gögnum málsins sem benti til þess að brugðist hefði verið rangt við aðstæðum í þessu tilviki. Nefndin taldi mjög erfitt að meta það eftir á hvort beitt var of miklum kröftum við að ná fram öxlinni. Eins og þetta tilvik lá fyrir taldi nefndin ekki hægt að fullyrða að um hafi verið að ræða mistök hjá starfsfólki sjúkrahússins við fæðinguna og því sé ekki um að ræða bótaskyldu hjá sjúkrahúsinu. Axlarklemma væri þekkt bæði hér á landi og erlendis og ekki hægt að fullyrða að um mistök sé að ræða í öllum þeim tilvikum þar sem skaði verður í fæðingunni.

Nefndin taldi ekki ástæðu til að gera athugasemdir við afgreiðslu Landlæknisembættisins á fyrirspurn A um tíðni axlarklemmufæðinga hér á landi, skaða þeirra og mögulegar fyrirbyggjandi aðgerðir.

V

Niðurstæða nefndarinnar þann 25. júní 1998 var eftirfarandi:

Nefndin taldi að eins og tilvik þetta lá fyrir væri ekki hægt að fullyrða að mistök hefðu orðið hjá starfsfólki sjúkrahússins við fæðingu B og því væri ekki um að ræða bótaskyldu hjá Ríkisspítölunum. Nefndin taldi hins vegar ámælisvert að ekki skyldi vera betur skráð hjá sjúkrahúsinu hvernig brugðist var við þegar axlarklemman átti sér stað.

Mál nr. 11/1997

I

A og B óskuðu eftir álitni nefndarinnar á því hvort heilsutjón sonar þeirra C, mætti rekja til þeirrar fæðingarhjálpur sem viðhöfð var við fæðingu hans, hver bæri ábyrgð og hvort grundvöllur hefði stofnast fyrir skaðabótum. Jafnframt óskuðu þau eftir að nefndin mæti hvort Sjúkrahús Vestmannaeyja hefði sinnt upplýsingarskyldu sinni á fullnægjandi hátt gagnvart þeim. Álit landlæknis lá ekki fyrir í málinu.

Á seinni hluta meðgöngu fóru A og B að hafa áhyggjur af stærð fóstursins og að fæðingin yrði erfið, en A hafði áður fætt þrjú börn, þar af eitt 17 merkur. A óskaði eftir sonarskoðun til að meta hversu stórt fóstrið væri en því var hafnað. Barnið fæddist á Sjúkrahúsi Vestmannaeyja þann 3. október 1996 en þegar höfuð þess var komið út sat allt

fast. Að sögn A og B greip þá um sig örvænting. Töldu þau að ljósmóðirin hefði togað og togað í höfuð barnsins en klippt síðan í fæðingarveg A og þá hafi barnið loksins komið í heiminn. Um leið og barnið var fætt kom í ljós að vinstri handleggur þess var lamaður og síðar kom í ljós að barnið hafði hlotið skaða á brachial plexus (taugaskaða vegna axlarklemmu) í fæðingunni. Barnið reyndist vera mjög stórt, 4.594 g.

Eftir að ljóst var orðið að C hafði hlotið skaða í fæðingunni óskuðu A og B eftir formlegum fundi með yfirstjórn spítalans til að fá útskýringar á því hvað hefði farið úrskeiðis í fæðingunni og skýringar á veikindum A eftir fæðinguna. Þeirri beiðni var hafnað af stjórn sjúkrahússins en þeim tilmælum beint til lækna og ljósmæðra stofnunarinnar að veita þeim allar þær upplýsingar sem óskað væri eftir.

II

Kvörtun A og B barst nefndinni þann 14. apríl 1997. Nefndin óskaði eftir greinargerð frá Sjúkrahúsi Vestmannaeyja og barst hún þann 15. maí 1997. A og B var gefinn kostur á að koma að frekari athugasemdum. Þann 20. maí 1998 barst svar frá Fagnefnd FÍK við almennum spurningum nefndarinnar um axlarklemmur.

III

Á árinu 1997 bárust nefndinni nokkrar kvartanir vegna barna sem urðu fyrir skaða vegna axlarklemmu í fæðingu. Nefndin óskaði eftir almennri umfjöllun frá fagfólki um áhættuþætti og viðbrögð ljósmæðra og lækna er stendur á öxlum í fæðingu. Haft var samband við stjórn Félags fæðinga- og kvensjúkdómalækna og barst svar frá Fagnefnd FÍK.

Í svörum Fagnefndar FÍK kom fram að ekki væri hægt að meta stærð og vaxtarlag fósturs með nákvæmum hætti. Skekkjumörk væru frá 10 til 25% og væri ómtæknin (sónar) einungis lítið betri en ágiskun ljósmóður eða læknis. Menn hafi ekki komið sér saman um neina efri stærð fósturs þar sem hætta á axlarklemmu sé orðin það mikil að rétt sé að taka barn með keisaraskurði en flestir hafi þá viðmiðun að ef barn er örugglega yfir 5000 g sé rétt að íhuga keisaraskurð. Stærð móður og vaxtarlag hafi ekki afgerandi áhrif um þetta val nema í þeim tilvikum þar sem móðir er lægri en 150 cm. Fyrri fæðingar móður væru vísandi og hefði fyrri fæðing endað með axlarklemmu og næsta meðganga, þ.m.t. stærð móður og barns sæki í sama farið væri oft gripið til keisaraskurðar. Þess beri þó að gæta að margar mæður fæða börn yfir 5000 g án minnstu vandamála. Ennfremur ber að hafa í huga áhættu sem fylgja keisaraskurðum s.s. blæðingar, blóðtappi og sýkingar með alvarlegum afleiðingum sem verða heldur ekki séðar fyrir og koma þar með inn í ákvörðun um val á fæðingu.

Í svarinu kom einnig fram að viðbrögð við axlarklemmu séu mismunandi eftir löndum en hver deild móti sín viðbrögð. Frumreglan væri að gera stóran spangarskurð, losa

fyrst aftari handlegg og reyna síðan að losa um hinn fremri. Samhliða þessu væru fætur móður sveigðir aftur sem mest má og þrýst á eftir barni með þéttri hendi ofan við lífbein móður. Ljósmaður og lækna læri þessa tækni í námi sínu en misjafnt sé hve mikla reynslu menn hafi þar sem þetta sé ekki algeng uppákoma. Þess beri og að gæta að hér sé um að ræða lifandi einstaklinga þar sem engin tvö tilvik séu eins. Axlarklemma uppgötvist óvænt á síðustu stigum fæðingar og þá verði ekki aftur snúið. Barnið hefur u.þ.b. 5 mínútna þol en talið sé best að losa og ná fram barninu vel innan þess tíma svo ekki hljótist af andlegir áverkar. Hins vegar sé ekki alltaf hægt að forðast taugaskaða á öxlum og handleggjum sem komi til við ofanefnd inngríp í fæðinguna.

Áhættuþáttum væri lýst fyrir konunni og leitað eftir afstöðu hennar ef vafi léki á því hvort rétt væri að láta taka barnið með keisaraskurði. Hins vegar komi oft ekki grunsemdir um þetta fram á meðgöngunni né þegar konan komi inn til fæðingar. Þær konur séu miklu fleiri sem óttist fæðingu og færi það í tal hvort ekki sé öruggara að þær fæði með keisara. Langstærstur hluti þeirra kvenna fæði síðan án minnstu örðugleika. Í hópi kvenna sem lendi í axlarklemmu við fæðingu séu einnig mæður sem séu að fæða börn undir 4000 g á þyngd. Það sé því augljóst að fæðingarlæknum og ljósmaðrum sé nokkur vandi á höndum.

IV

Nefndin taldi að fallast yrði á það með fyrirvarsmönnum Sjúkrahúss Vestmannaeyja að sónarskoðun (ómskoðun) hefði engu breytt við ákvarðanatöku varðandi væntanlega fæðingu. A hafði áður fætt þrjú börn án teljandi vandkvæða. Nefndin taldi að með vísan til áhættu af keisaraskurðum og mati á þörf á þeim hefði ekki verið ástæða til þess að íhuga keisaraskurð þar sem engar vísbendingar voru um að erfiðleikar yrðu í fæðingunni.

Ekki kom neitt fram um það í gögnum málsins hvaða aðferðum var beitt þegar axlarklemman átti sér stað og taldi nefndin það ámælisvert. Nefndin taldi mikilvægt að skráning á svona atriðum væri nákvæm. Ekkert kom hins vegar fram í gögnum málsins sem benti til þess að rangt hefði verið brugðist við aðstæðum þegar axlarklemman átti sér stað.

Nefndin taldi að Sjúkrahús Vestmannaeyja hefði sinnt upplýsingaskyldu sinni á fullnægjandi hátt en ekki kom annað fram í gögnum málsins en að A og B hefðu haft óheftan aðgang að fagfólki sjúkrahússins og að það hafi leiðbeint þeim eins og kostur var. Fundur með stjórn sjúkrahússins hefði væntanlega ekki bætt við neinu varðandi faglegar ráðleggingar til þeirra.

V

Niðurstaða nefndarinnar þann 25. júní 1998 var eftirfarandi:

Nefndin taldi að ekki hefðu orðið mistök hjá starfsfólki Sjúkrahúss Vestmannaeyja

og því væri ekki um að ræða bótaskyldu hjá sjúkrahúsinu. Nefndin taldi einnig að ekki kæmi annað fram í gögnum málsins en að sjúkrahúsið hefði sinnt upplýsingaskyldu sinni gagnvart álitsbeiðendum á fullnægjandi hátt. Nefndin taldi hins vegar ámælisvert að ekki skyldi vera skráð hjá sjúkrahúsinu hvernig brugðist var við þegar axlarklemman átti sér stað.

Mál nr. 13/1997

I

A kvartaði við nefndina yfir matsgerðum tveggja lækna sem lagðar voru fram að beiðni tryggingafélags A og lögmans hans við mat á örorku eftir óhapp sem hann varð fyrir. Óskaði A eftir að nefndin mæti athugasemdir hans við ýmsar fullyrðingar lækna í matsgerðunum sem hann taldi villandi og rangar.

II

Kvörtun A barst nefndinni þann 20. maí 1997. Mál sem nefndin hafði fjallað um gagnvart sjálfstætt starfandi læknum hafði á þeim tíma gengið til úrlausnar umboðsmanns Alþingis. Ákvað nefndin því að láta mál A bíða afgreiðslu uns álit umboðsmanns Alþingis lægi fyrir. Þann 17. júlí 1998 barst álit hans í máli nr. 1999/1997.

III

Niðurstaða nefndarinnar þann 27. ágúst 1998 var eftirfarandi:

Í samræmi við álit umboðsmanns Alþingis, í máli nr. 1999/1997, að það falli ekki undir verksvið nefndarinnar að fjalla um kvartanir yfir störfum sjálfstætt starfandi lækna, var máli þessu vísað frá nefndinni.

Mál nr. 17/1997

I

A kvartaði til nefndarinnar yfir drætti sem varð á aðgerð vegna rifu á liðpoka í öxl. A kvaðst hafa þjáðst af verkjum allan tímann sem hann beið eftir aðgerð og haft mjög skerta hreyfigetu í handleggnum. Óskaði hann eftir áliti nefndarinnar á því hver bæri ábyrgð á

Þessum drætti, hvort grundvöllur hefði stofnast fyrir skaðabótum, hvort drátturinn teldist eðlilegur, hvort forða hefði mátt tjóni vegna seinkunar á aðgerð og hver hefði átt að eiga frumkvæðið að því að ekki yrði dráttur á aðgerð. Álit landlæknis lá ekki fyrir í málinu.

A leitaði til Sjúkrahúss Reykjavíkur þann 4. september 1996 eftir að hafa dottið og borið fyrir sig hendina. Var talið að um festumein væri að ræða og það meðhöndlað með bólgueyðandi lyfjum. Þar sem meðferðin bar ekki árangur kom A á endurkomudeild sjúkrahússins þann 7. október 1996 og í framhaldi af því komu í ljós áverkar á liðpoka. Þann 11. nóvember s.á. var A settur á biðlista fyrir axlarspeglun og aðgerð. Þann 20. apríl 1997 fór aðgerðin fram á St. Jósefsspítala í Hafnarfirði og tókst vel.

Fyrirsvarsmenn Sjúkrahúss Reykjavíkur bentu á að dráttur á framkvæmd aðgerðarinnar hefði ekki haft áhrif á árangur hennar. Ástæða fyrir töfinni hafi verið sú að fjárveiting til sjúkrahússins var af skornum skammti og því nauðsynlegt að draga úr rekstrinum. Skurðstofum á Landakoti var lokað í október 1996 og töldu fyrirsvarsmenn sjúkrahússins að bið A eftir aðgerð hefði lengst um tvo til þrjá mánuði vegna þess.

II

Kvörtun A barst nefndinni þann 26. ágúst 1997. Nefndin óskaði eftir greinargerð frá Sjúkrahúsi Reykjavíkur og barst hún þann 17. nóvember 1997. A var gefinn frestur til að koma að athugasemdum og bárust þær þann 10. janúar 1998.

III

Kvörtun A beindist að þeim tíma sem hann var á biðlista eftir aðgerð en ekki leið óeðlilega langur tími frá slysinu uns hann var settur á biðlista eftir axlarspeglun og aðgerð. Þrátt fyrir að A hafi án efa haft mikla verki og önnur óþægindi vegna biðar eftir aðgerð þurfti hann ekki á flýtimeðferð að halda þar sem meiðsl hans voru ekki með þeim hætti að dráttur á aðgerð hefði áhrif á batahorfur hans. Aðgerð var framkvæmd rúmlega fimm mánuðum eftir að A fór á biðlista og tókst hún vel. Var mat starfsmanna sjúkrahússins á þörf hans fyrir aðgerð að öllu leyti eðlilegt.

Nefndin taldi að þar sem ljóst var að A þurfti að bíða eftir aðgerð hefðu starfsmenn Sjúkrahúss Reykjavíkur átt að upplýsa hann um möguleika hans á að kanna hvort unnt væri að fá aðgerð framkvæmda fyrr á öðru sjúkrahúsi hér innanlands eða erlendis.

Bið A eftir aðgerðinni stafaði af þröngri fjárhagsstöðu sjúkrahússins. Ljóst er að fólk þarf nú oft að sæta bið eftir aðgerðum vegna fjárskorts sjúkrahúsanna. Nefndin taldi það hins vegar ekki falla undir starfssvið sitt að fjalla um hver beri ábyrgð á þeim biðlistum sem myndast eftir aðgerðum né ákvörðunum sjúkrahúsanna að loka deildum eða draga úr rekstri á annan hátt. Tók nefndin því ekki afstöðu til þess hvar ábyrgð á biðlistunum lægi né hvort

stofnast hefði skaðabótaskylda vegna þeirra.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 29. janúar 1998 var eftirfarandi:

Mat starfsfólks Sjúkrahúss Reykjavíkur á þörf A fyrir aðgerð var að öllu leyti eðlilegt og ekki um að ræða mistök við greiningu né meðferð hans. Var því ekki um að ræða bótaskyldu hjá Sjúkrahúsi Reykjavíkur.

Nefndin taldi það ekki falla undir verksvið sitt að fjalla um vandamál sem skapast vegna biðlista eftir aðgerðum og hver beri ábyrgð á hugsanlegu tjóni vegna þeirra. Kvörtun A gegn Ingibjörgu Pálmadóttur heilbrigðisráðherra var því vísað frá nefndinni.

Mál nr. 18/1997

I

A óskaði eftir álitni nefndarinnar á því hvort heilsutjón hennar stafaði af rangri sjúkdómsgreiningu, mistökum við lækni meðferð eða drætti á viðeigandi meðferð. Hún óskaði eftir að metið yrði hjá hvaða stofnun og/eða stafsmönnum ábyrgð á hugsanlegum mistökum lægi en hún beindi kvörtun sinni að Ríkisspítölunum og Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri, og að nefndin gæfi álit á hvort grundvöllur hefði stofnast fyrir skaðabótum úr hendi aðila. Álit landlæknis lá ekki fyrir í málinu.

Árið 1984 var vinstri eggjastokkur A fjarlægður þar sem getnaðarvarnarlykkja hafði farið í gegnum legvegg, festst í eggjastokknum og valdið þar bólgu og skemmdum. Í framhaldi af þessu fór A í ýmsar aðgerðir og voru hægri eggjastokkurinn og legið fjarlægt. Á árunum frá 1991 til 1996 fór A í fjölmargar kviðarholsaðgerðir vegna sýkinga og var tekinn hluti af meltingarfærum hennar. Afleiðing af öllum þessum aðgerðum kvað A vera þá að hún væri hjartveik vegna álagsins á líkamann og sökum mikilla verkjalyfjanotkunar hefði hún þurft á sérstakri meðferð að halda til að venja sig af þeim. A kvaðst nú vera í lyfjameðferð og þurfa að mæta reglulega til að hægt væri að taka blóðsýni og fylgjast með ástandi hennar.

Fyrirsvarsmenn Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri kröfust frávisunar frá nefndinni þar sem krafa A væri augljóslega byggð á röngum forsendum með vísan til 2. gr. sbr. 3. mgr. 8. gr. starfsreglna nr. 150/1985.

II

Kvörtun A barst nefndinni þann 29. ágúst 1997. Nefndin óskaði eftir greinargerð frá

Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri og Ríkisspítölunum vegna Landspítalans og bárust greinargerðirnar þann 5. og 7. nóvember s.á. A var gefinn frestur til að koma að frekari athugasemdum og bárust þær þann 21. janúar 1998.

III

Nefndin féllst ekki á að ástæða væri til að vísa málinu frá hvað varðaði Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri þar sem ljóst væri að hluti af meðferð A fór þar fram.

A hafði að baki óvenju langa og erfiða sjúkrasögu, en árið 1984 uppgvötaðist að getnaðarvarnarlykkjan hafði farið í gegnum legvegg. Nefndin taldi ekki að um mistök við sjúkdómsgreiningu væri að ræða þrátt fyrir að ekki hefði komið í ljós af hverju kviðverkir A stöfuðu fyrr en þremur árum eftir að verkirnir hófust þar sem hafa yrði í huga hversu sjaldgæft væri að lykkja fari í gegnum legið.

A gekkst undir fjölmargar aðgerðir sem sífellt virtust auka þjáningar hennar í stað þess að lina þær en hún sótti fast að sumar aðgerðirnar yrðu framkvæmdar. Nefndin taldi mjög erfitt að meta eftirá hversu mikil þörf var á þeim öllum enda háð mati lækna á því hversu þjáð hún var. Ekkert kom fram í gögnum málsins, sem gaf til kynna að ákvarðanir lækna um að framkvæma aðgerðir hefðu verið rangar þrátt fyrir að árangur af þeim hefði ekki orðið eins og til stóð.

A þjáðist af kviðverkjum og var gefið verkjalyf í samræmi við það. Verkjalyfjunum var hún orðin háð um tíma. Nefndin taldi ljóst að þeir sem meðhöndluðu hana á þessum tíma gerðu sér fulla grein fyrir áhættunni og ákvarðanir um að auka verkjalyfjaskammt voru tekin að vel athuguðu máli.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 29. janúar 1998 var eftirfarandi:

Nefndin taldi að ekki hefði verið sýnt fram á að heilsutjón A stafaði af rangri greiningu, meðferð, mistökum við læknismeðferð né drætti á henni og væri því ekki um bótaskyld mistök að ræða, hvorki hjá Ríkisspítölunum né Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri.

Mál nr. 19/1997

I

A óskaði eftir áliti nefndarinnar á því hvort bótaskyld mistök hefðu orðið við aðgerð

sem hún gekkst undir á Bæklunardeild Borgarspítalans þann 26. maí 1994 og hvort tjón hennar mætti rekja til ófullnægjandi eftirmeðferðar eftir aðgerðina. Landlæknir hafði fjallað um málið og komist að þeirri niðurstöðu að réttlömun A væri líklega afleiðing þrýstings frá haka og félli því undir mistök.

A gekkst undir gerviliðaaðgerð á vinstri mjöðm og virtist aðgerðin sem slík ganga eðlilega fyrir sig. Daginn eftir aðgerðina kom í ljós að A var með réttlömun á vinstra fæti og fór hún því í endurhæfingu á Grensásdeild Sjúkrahúss Reykjavíkur og var þar fram í ágúst 1994. Hvorki A né ættingjar hennar náðu tali af lækni þeim sem framkvæmdi aðgerðina þrátt fyrir ítrekaðar tilraunir til þess fyrr en þann 9. ágúst 1994.

II

Kvörtun A barst nefndinni þann 22. ágúst 1997. Nefndin óskaði eftir greinargerð frá Sjúkrahúsi Reykjavíkur og barst greinargerðin þann 2. desember 1997. A var gefinn frestur til að koma að athugasemdum og bárust þær þann 20. janúar 1998.

III

Réttlömun er vel þekktur fylgikvillur við liðskiptaaðgerðir. Ekkert kom fram í gögnum málsins sem sýndi fram á að mistök hefðu orðið í sjálfri aðgerðinni. Hugsanlegt var að þrýstingur frá haka hefði valdið réttlömuninni en ekkert í gögnum málsins staðfesti að svo væri og því ekki hægt að slá því föstu.

Læknir sá er framkvæmdi aðgerðina sinnti A ekki sem skyldi eftir aðgerðina. Ef læknir getur af einhverjum orsökum ekki sinnt sjúklingi sínum sjálfur eftir aðgerð ber honum að fá annan sérfræðing til þess. Ekki verður þó talið að það hefði í þessu tilviki forðað A frá tjóni þótt hann hefði fylgst náíð með henni eftir aðgerðina eins og honum bar. Skapast því í þessu tilviki ekki bótaskylda af vanrækslunni.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 17. febrúar 1998:

Ekki hefur verið sýnt fram á að mistök hafi orðið við liðskiptaaðgerð þá er A gekkst undir á Sjúkrahúsi Reykjavíkur og er því ekki um að ræða bótaskyldu hjá sjúkrahúsinu þrátt fyrir tjón A.

Ámælisvert er að læknir sá er framkvæmdi aðgerðina skyldi ekki sinna A betur en raun bar vitni eftir aðgerðina.

Mál nr. 21/1997

I

A óskaði eftir álitni nefndarinnar á því hvort um rétta meðhöndlun hefði verið að ræða við aðgerð á fótum hennar á Landakotsspítala þann 9. desember 1991, svo og hvort eftirlit með ástandi hennar eftir aðgerðina hafi verið ábótavant. Einnig að nefndin mæti hvort einhver bæri ábyrgð á því að svo illa fór eftir fyrri aðgerðina og hvort grundvöllur hefði stofnast fyrir skaðabótum. Álit landlæknis lá fyrir í málinu.

A gekkst undir aðgerð þar sem reynt var að víkka út æðar hægri fótar með blöðru en það var án árangurs. Hún var því flutt á skurðstofu, deyfð með mænudeyfingu og skorin upp. Í lok aðgerðar kom fram að púls í vinstra fæti var dempaðri. Eftir aðgerðina vakti A athygli hjúkrunarkonu á því að deyfingin væri farin úr hægri fæti en vinstri fótur væri enn máttlaus. Kallað var í lækni og hún tekin þá þegar til skurðaðgerðar á vinstri fæti en u. þ. b. sex klukkustundir voru liðnar frá því fyrri aðgerðinni lauk. Ekki fékkst flæði í æðina fyrr en mikið kalkhröngl hafði verið hreinsað úr henni og hún víkkuð með æðabót. Við þetta fékkst blóðrennsli niður í fótinn sem hélst en vinstri kálfinn bólgnaði hins vegar upp vegna blóðþurrðarbreytinga í vöðvum sem ekki gengu til baka. Þann 10. desember var létt á þrýstingi í vöðvunum og aftur 12. desember en allt kom fyrir ekki og A fékk varanlega skemmd sem leiddi til 75% örorku.

II

Kvörtun A barst nefndinni þann 9. desember 1997. Nefndin óskaði eftir greinargerð frá Sjúkrahúsi Reykjavíkur og og barst hún þann 1. febrúar 1998. A var gefinn kostur á að koma að frekari athugasemdum og bárust þær þann 20. apríl 1998.

III

Nefndin taldi ekki hægt að fullyrða um það hvers vegna aðgerð á hægri fæti A hafði þessi áhrif á vinstri fótinn þó hugsanlegt væri að við blásturinn hafi verið farið það hátt að hreyfing hafi orðið í æðunum á vinstra fæti. A var með mjög grannar æðar og mikla æðakölkun og við aðgerðina á vinstra fæti kom í ljós að æðarnar í þeim fæti voru mun verr farnar en áður hafði verið talið. Nefndin taldi ekki um að ræða mistök heldur einungis afleiðingar af sjúkdómi A.

Í fyrimælum eftir aðgerð var óskað eftir að fylgst væri með blóðflæði en ekki var tekið fram sérstaklega að fylgjast með vinstra fæti. Ekkert kom fram í gögnum málsins um að fylgst hafi verið með púls í fótum A eftir aðgerðina. Nefndin taldi sig þó ekki geta fullýrt að tjón A hefði orðið meira vegna þessa þar sem ekki væri alveg víst að brugðist hefði verið fyrir

við. Sá tími sem leið frá aðgerðinni uns gripið var inn í hefði í flestum tilvikum verið í lagi en vegna þess hversu slæmt æðakerfi A var reyndist tíminn vera of langur í hennar tilviki og hlaut A því varanlega örorku. Ekki var vitað fyrirfram, þrátt fyrir röntgenmyndatökur, hversu slæmur vinstri fóturinn var. Um leið og í ljós kom að A var dofin í fætinum þrátt fyrir að deyfingin væri að fara úr var brugðist við og hún send í aðgerð á vinstri fætinum.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 28. maí 1998 var eftirfarandi:

Nefndin taldi það mjög ámælisvert að í þeim gögnum sem nefndinni bárust kom ekkert fram um hvort fylgst var með blóðstreymi í fótum A á gjörgæsludeild sjúkrahússins fyrir en A vakti sjálf athygli á því.

Nefndin taldi ekki um að ræða mistök hjá starfsfólki Sjúkrahúss Reykjavíkur við aðgerðina. Nefndin taldi ennfremur ekki hægt að fullyrða að um bótaskyld mistök hefði verið að ræða við eftirlit eða umönnum A eftir aðgerðina. Nefndin taldi því ekki að stofnast hefði grundvöllur fyrir bótaskyldu.

Mál nr. 1/1998

I

A óskaði eftir að nefndin mæti ábyrgð og bótaskyldu vegna þess líkamstjóns og miska sem hún varð fyrir vegna tveggja aðgerða á vinstri mjöðm. Staðfest hafi verið að yfirborðstaugagrein skaddaðist í vinstra læri hennar og hún hafi liðið gríðarlegar þjáningar vegna þessa. Hún væri óvinnufær eftir aðgerðina.

A sem er dvergvoxin fór að finna fyrir verkjum í mjöðmum árið 1965 og gekkst undir mjaðmaaðgerðir árið 1970. Árið 1991 var framkvæmd aðgerð á Landspítalanum til að létta þrýstingi á vinstri mjöðminni. Þrátt fyrir mjög skerta hreyfigetu í báðum mjöðmum fyrir aðgerðina var ákveðið að gera ekki gerviliðsaðgerð heldur fenestration proximalt (götun nærlægt) á vinstri femur (lærlegg) vegna þess hversu ung A var. Þar sem A hafði mikla verki og vanlíðan sem ágerðist eftir því sem leið frá aðgerðinni var ákveðið að skipta um mjaðmalið í vinstri mjöðm þann 23. maí 1991. Í ljós kom að vinstri fótur var 7 - 8 mm lengri en sá hægri. Eftir aðgerðina fékk A heiftarlega verki í utanvert vinstra læri og dofa í fótinn.

A var lögð inn á Landspítalann í febrúar 1992 og framkvæmd var explorations aðgerð (könnunaraðgerð) á n. ischiadicus (settaug) og skorið á þverliggjandi bandvefsstreng og undirbundin bláæð til að koma í veg fyrir verkina. Aðgerðin virtist heppnast vel en A telur

sig hafa stórversnað eftir hana, með brunatilfinningu og sviða í lærinu.

II

Kvörtun A barst nefndinni þann 4. febrúar 1998. Nefndin óskaði eftir greinargerð frá Ríkisspítölunum og barst hún þann 23. mars s.á. A var gefinn kostur á koma að frekari athugasemdum.

III

A var með mikinn hvíldarverk í vinstri mjöðm á árinu 1991 en notaði þó hvorki hækjustafi né verkja- og bólgueyðandi lyf. Óþægindi A voru það mikil að hún sóttist eftir aðgerð og var það mat lækna að rétt væri að reyna fyrst fenestrations (götunar) aðgerð til að létta þrýstingi af mjöðminni vegna þess hversu ung A var. Verður að fallast á að rétt hafi verið að reyna þessa leið þrátt fyrir að sú aðgerð sé engan veginn örugg lækning.

A varð betri fyrst eftir aðgerðina en fór síðan stórversnandi, þurfti að nota hækjustafi og þjáðist af kvíða, hjartsláttarköstum, óróleika og svefnleysi. Ekkert kom fram í gögnum málsins sem benti til að mistök hefðu orðið við framkvæmd aðgerðarinnar heldur varð árangur hennar ekki sá sem til var ætlast. Þegar það var ljóst var ákveðið að setja gervilið í vinstri mjöðm. Við þá aðgerð lengdist fóturinn um 2 cm. Svo virðist sem áverki hafi orðið á n. ischiadicus (settaug) við aðgerðina. Reynt var að laga þann áverka með aðgerð en þá virðist hafa orðið áverki á n. cutaneus posterior (húðtaug aftanlærs). Telur nefndin að um sé að ræða þekktan fylgikvilla með slíkum aðgerðum.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 27. ágúst 1998 var eftirfarandi:

Nefndin taldi þrátt fyrir að A hefði ekki fengið þann bata sem ætlast var til með aðgerðunum hafi ekki verið um að ræða mistök hjá starfsfólki Landsspítalans við framkvæmd þeirra. Óþægindi A stafi af þekktum fylgikvilla með slíkum aðgerðum. Er því ekki um að ræða bótaskyldu hjá sjúkrahúsinu.

Mál nr. 2/1998

I

A óskaði eftir að nefndin leitaðist við að meta ábyrgð og bótaskyldu lækna Sjúkrahúss Reykjavíkur vegna aðgerðar þann 6. apríl 1995. Fyrirsvarsmenn sjúkrahússins

færðu fram sjónarmið sín um að um hefði verið að ræða óvænta og ófyrirséða atburðarás sem ekki hefði fundist skýring á. Álit landlæknis lá fyrir í málinu.

A hafði verki í hægra herðablaði og aftan í hægri upp- og framhandlegg og dofa í I. og II. fingri hægri handar. Talið var um að ræða cervical discsyndrom (háls hryggþófaheilkenni) C:V-C:VI og C:VI-C:VII hægra megin og fundust þrengsli í báðum þessum liðbilum. Þann 11. mars 1993 var gerð anterior discectomia (brottnám hryggþófa að framan) og spening á báðum liðbilunum. A leitaði síðan til læknis árið 1995 vegna verkja og máttleysiskenndar í vinstri handlegg og hendi. Röntgenmynd af hálsi sýndi að speningar á hálsi höfðu gróið vel en væg þrenging var þó á taugaopum C:V-C:VI beggja vegna og C:VI-C:VII vinstra megin. Gerð var cervical myelografía (myndataka af hálsmænu) og tölvusneiðmynd sýndi að á þeim bilum sem höfðu verið spengd voru taugarætur tiltölulega eðlilegar. Á bilinu C:VI og C:VII var allmikil þynning í framkanti skuggaefnissúlu en um að ræða osteofytamyndanir (beingaddamyndanir) og ekki merki um brjós-klos. Á bilinu C:VII-T:I kom fram viss asymmetria (ósamhverfa) og lakari fylling ofan í rótarvasann vinstra megin.

Þann 6. apríl 1995 fór fram aðgerð á hálsi, anterior discectomia (brottnám hryggþófa að framan) og bilateral foraminotomia (liðgataskurður báðum megin) og spening að modum (hætti) Smith Robinson C:VII-TH:I. Við eftirlit eftir aðgerðina virtust verkir í vinstri handlegg hafa minnkað en í staðinn komu verkir í hægri handlegg og dofi og rýrnun í þá báða, samsvarandi til VIII hálstaugar eða nervus ulnaris (ölnartaugar). Taugaásláttarpróf var sterkt jákvætt yfir nervus ulnaris (ölnartaug) vinstra megin, en neikvætt hægra megin. Við taugarannsókn var niðurstaðan sú að A væri með vinstri ulnar neuropathiu (ölnartaugarkvilla) og líklegast væri lesionin (vefskemmdin) staðsett við olnboga. Einnig að um vinstri cervical radiculopathiu (hálstaugarótakvilla) væri að ræða en ekki unnt að staðsetja sérstaklega lesionina (vefskemmdina).

Í maí s.á var gerð lysis nervus ulnaris (losun ölnartaugar) við báða olnboga og þannig losað um báðar ulnar taugarnar (ölnartaugarnar). Eftir aðgerðina var enn dofi og máttleysi í fingrum beggja handa og hafði lítið breyst. Hins vegar virtust verkir í báðum upphandleggjum hafa lagast við þessar aðgerðir. Gerð var segulómun af hálsi í júní 1995 og kom fram að við aðgerðarsvæðið sást örlítill mjúkpartaauki aftan neðri brúnar liðbolsins C:VII vinstra megin en breytingarnar væru afar litlar. Talið var að um væri að ræða post operativar breytingar (breytingar í kjölfar aðgerðar) eftir speningar.

Einkenni í handleggjum og höndum héldu áfram að aukast þ.e. máttleysi og rýrnun í höndum ásamt dofakennd. A fór í sjúkrahjálfum en ekki varð mikil varanleg breyting til batnaðar á þeim árum sem A var í sjúkrahjálfum. Árið 1996 gekkst hann undir aðgerð þar sem gerð var lysis (losað um) á nervus ulnaris (ölnartaug) vinstra megin. Kom í ljós

geysimikill örvefur og hersli í kringum taugina í cubital tunnel (ölnartaugarrennu) og fibrosu strengur (örvefsstrengur) yfir taugina distalt (fjarlægt) við cubital tunnel (ölnartaugarennu) inn á milli hausanna á flexor carpi ulnaris (ölnarlæga úlnliðsbeygivöðvanum). Var þetta allt losað vel og vandlega og gerð neurolysa (losað um) á tauginni frá því fyrir ofan olnbogann og vel niður fyrir.

Skv. læknisvottorði þann 28. maí 1998 komu fram greinileg merki um rýrnun á intrinsiskum handarvöðvum (innvöðvum handar) vinstra megin og minnkaður kraftur er í extensio (réttingu) um fingur beggja vegna. Einnig skyntruflanir í höndum beggja vegna, einkum þó ulnar (ölnarmegin). Ennfremur kom fram að skyntaugar sýndu eðlilega taugaleiðni í hægri medianus (miðtaug) og ulnar taugum (ölnartaug). Lækkuð amplituða (sveifluvídd) í hægri medianus taug (miðtaug) en distal latens (fjærtöf) eðlileg í hreyfitaugum. Merki um kroniska denervationu (langvarandi taugaskerðingu) fundust í upphandleggs-, framhandleggs- og handarvöðvum. Talið var að þetta samrýmdist polyradiculopathiu (fjölrótakvilla) í hægri handlegg.

Í málinu lá fyrir niðurstaða vegna rannsóknar sem fór fram þann 8. ágúst 1998. Talið var að mikil vöðvarýrnun væri á interossei vöðvum (millileggjavöðvum) og lumbricalis (yrmlingum). Einnig á hypothenarsvæðum (litlafingursbungu) en minna á thenarsvæðum (þumalfingursbungu). Dofi og viðkvæmni væri í fingrum og A hefði stöðugt bruna-seyðings verk í báðum höndum. Mikil minnkuð hreyfigeta í báðum höndum og stirðleiki. Um mikla vefjaeyðingu væri að ræða og einnig mikil kraftminnkun. Talið að þetta benti á RSD syndróm (reflex sympathetic dystrophy eða axlar-handarheilkenni) báðum megin.

II

Kvörtun A barst nefndinni þann 6. febrúar 1998. Nefndin óskaði eftir greinargerð frá Sjúkrahúsi Reykjavíkur og barst hún þann 20. apríl s.á. A var gefinn kostur á að koma að frekari athugasemdum og bárust þær þann 29. maí s.á. Þann 10. júlí sl. sendi A viðbótargögn og þann 7. september 1998 barst viðbót við greinargerð Sjúkrahúss Reykjavíkur.

III

Áður en aðgerðin var framkvæmd hafði verið gerð cervical myelographia (hálsmæna mynduð) sem benti til að A væri með brjós-klos C:VII-TH:I vinstra megin. Aðgerðin virtist hafa gengið eðlilega fyrir sig og taldi nefndin ekkert benda til að mistök hafi orðið við framkvæmd hennar. Í kjölfar hennar löguðust verkir A í vinstri handlegg, eins og tilgangurinn með aðgerðinni var. En í staðinn komu þrálát einkenni í báðum handleggjum og höndum, þ.e. máttleysi, rýrnun og dofi ásamt verkjum og fóru þessi einkenni vaxandi. Talið var að þetta stafaði af vinstri ulnar neuropathiu (ölnartaugarkvilla), (lesionin (vefskemmdin)

staðsett við olnboga) og vinstri ulnar radiculopathiu (ölnartaugarótakvilla) (ekki unnt að staðsetja lesionina(vefskemmdina)). Var því framkvæmd aðgerð u.þ.b. mánuði síðar, þar sem losað var um ulnartaugina (ölnartaugina). Við þá aðgerð dró heldur úr verkjum en önnur einkenni héldu áfram að aukast. A gekkst einnig undir aðgerð árið 1996 þar sem reynt var að losa um samvexti í kringum ulnartaugina (ölnartaugina). Samkvæmt þeim rannsóknum sem A hefur gengist undir virtist ekki hafa orðið árangur af þeirri aðgerð heldur.

Ýmsar skýringar hafa verið nefndar til sögunnar af þeim læknum sem skoðað hafa A en nefndin telur að ekki liggi fyrir nein örugg sjúkdómsgreining. A var mjög illa haldinn af þeim einkennum sem byrjuðu að koma í ljós eftir aðgerðina 6. apríl 1995 og mögulegt væri að sú aðgerð hefði haft áhrif á að koma þeim einkennum af stað. En þar sem ekkert kom fram í gögnum málsins sem benti til þess að mistök hefðu orðið við framkvæmd aðgerðarinnar taldi nefndin að ekki væri fyrir hendi bótaskylda hjá sjúkrahúsinu.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 22. október 1998 var eftirfarandi:

Nefndin taldi að þrátt fyrir að A hefði ekki hlotið þann bata sem vænst var af aðgerðinni sem framkvæmd var þann 6. apríl 1995 og síðari aðgerðum væri ekki um að ræða mistök hjá starfsfólki sjúkrahússins og því væri ekki fyrir hendi bótaskylda hjá Sjúkrahúsi Reykjavíkur.

Mál nr. 3/1998

I

A óskaði eftir álitni nefndarinnar á því hvort meðferð hans í kjölfar slyss hafi verið með þeim hætti að Sjúkrahús Reykjavíkur bæri skaðabótaábyrgð á afleiðingum hennar. Taldi A að mistök hefðu orðið þegar skrúfa var fjarlægð úr sköflungi, hún hafi rekist í hnjálið og gert gat sem úr seitlaði liðvökvi. Einnig að meðferð A eftir að lekinn byrjaði hafi verið það ófullnægjandi að sýking hafi komist í liðinn.

A hlaut innkýlt brot um ytri sköflungliðflöt í vintra hné þann 26. mars 1995. Var hnéð óstöðugt og brotið innkýlt um 8 mm. Botið var rétt en lyfta þurft liðþjófanum frá til að sjá sem best hvað gert var. Hann var svo saumaður fastur eins og venja er. Brotið gréri en skrúfa var tekin þann 13. júní 1995 vegna óþæginda frá henni. Í sjúkraskám sagði að skrúfutakan hafi gengið án erfiðleika en A hélt því fram að sveifin sem notuð var við að fjarlægja skrúfunna hafi hoppað upp úr skrúfuhánum og stungist í hnéð. Læknir sá er

framkvæmdi aðgerðina segir útilokað að slíkt hafi gerst.

Það lak úr skurðsárinu og tekið var sýni í ræktun þann 16. júní s.á og ræktuðust húðbakteríur. Við skoðun 22. júní var kominn roði í sárið og ljóst að sýking var komin í það. Var A því lagður inn, sárið hreinsað með skurðaðgerð og honum gefin sýklalyf. Sárið var enn hreinsað í aðgerð 26. júní, saumað saman og sett upp svokallað hásfíflæði. A var áfram á sýklalyfjum en þann 8. ágúst var sárið skorið upp og hreinsað. Kom í ljós gat sem náði í gegnum liðþófann. Liðþelið var tekið að miklu leyti með liðspegli og sýklalyfin voru aukin. Greri gatið að lokum.

II

Kvörtun A barst nefndinni þann 26. febrúar 1998. Nefndin óskaði eftir greinargerð frá Sjúkrahúsi Reykjavíkur og barst hún þann 20. apríl 1998. Þann 12. ágúst 1998 bárust athugasemdir lögmanns A sem voru sendar Sjúkrahúsi Reykjavíkur. Athugasemdir bárust frá Sjúkrahúsi Reykjavíkur þann 27. október 1998 og var A gefinn kostur á að koma að frekari athugasemdum.

III

Nefndin taldi að ekki hefði verið sýnt fram á að eitthvað hafi farið úrskeiðis við töku á skrófu úr sári A sem valdið hafi því að gat kom á liðþjófann. Um var að ræða brot sem gekk inn í liðinn og því opið þar á milli þrátt fyrir að opið næði ekki út á yfirborð húðarinnar. Þegar skrófa er sett á slík brot er komið minnsta viðnám fyrir vökva og gróft að leita úr. Þekkt er að slík sár leki í einhvern tíma.

Sýking sú er var þegar skrófan hafði verið fjarlægð er þekkt aukaverkun með svona áverkum. Af þeim sökum var ástæða fyrir lækna að fylgjast vel með lekanum og ekki var annað séð en svo hafi verið gert. Nefndin taldi sig ekki geta fullyrt að það hafi verið mistök að hefja ekki meðferð við sýkingunni fyrr þar sem gögn málsins bera með sér að sárið leit mjög vel út í byrjun. Ekki verður annað séð af gögnum málsins en meðferð A eftir að sýkingin kom í ljós hafi verið í alla staði eðlileg.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 10. desember 1998 var eftirfarandi:

Nefndin taldi að ekki hefðu orðið nein þau mistök við töku skrófu úr broti A né í meðferð við sýkingu þeirri sem upp kom eftir að skrófan var fjarlægð, sem leiði til bótaskyldu Sjúkrahúss Reykjavíkur.

Mál nr. 4/1998

I

A óskaði eftir álitni nefndarinnar á hvort greining og meðferð hennar í kjölfar slyss þann 12. mars 1993, hefði verið með þeim hætti að Sjúkrahús Suðurlands og/eða Heilsugæslustöðin Sólvangi, Hafnarfirði bæru skaðabótaábyrgð á þeim afleiðingum sem af geiningunni og meðferðinni hlutust. Álit landlæknis lá fyrir í málinu.

Í svari Sjúkrahúss Suðurlands kom fram að ekki fundust nein gögn á sjúkrahúsinu um greiningu og meðferð þá er A var veitt er hún leitaði þangað þann 12. mars 1993.

A lýsti málavöxtum sjálf með þeim hætti að hún hefði leitað til Sjúkrahúss Suðurlands á Selfossi og þar hafi hönd hennar verið mynduð og greiningin verið sú að hendin væri tognuð. Taldi A sig hafa getið þess við skoðunina að henni hefði fundist eitthvað bresta í hendinni þegar hún datt. A fékk spelku á hendina sem hún átti sjálf að taka af sér eftir 7 til 10 daga. A kvað lækni þann er meðhöndlaði hana hafa tjáð sér að þetta myndi síðan lagast af sjálfu sér og óþarft væri að leita aftur til læknis.

Þann 16. apríl 1993 leitaði A á Heilsugæslustöðina Sólvang, Hafnarfirði. Var þá sett ný spelka á hendina og staðfest sú greining að höndin væri tognuð. Fjórum dögum síðar fór hún aftur á Heilsugæslustöðina og var þá send aftur í röntgenmyndatöku. Talið var að um tognun væri að ræða. A beið eftir bata en þann 6. janúar 1994 leitaði hún enn á Heilsugæslustöðina Sólvang, Hafnarfirði, þar sem hendin var enn ekki orðin góð. Þá var henni vísað til sérfræðings í handarskurðlækningum. Kom þá í ljós að hún var með slitíð liðband og fór fram aðgerð þann 9. júní 1994 til að laga það. Þar sem A var áfram með óþægindi við átök og áreynslu frá liðnum þar sem liðbandið hafði slitnað var ákveðið að gera hnúaliðinn að staurlið. Talið að minnkuð hreyfigeta A í þumlinum myndi valda vægri skerðingu á starfsgetu hennar í framtíðinni.

II

Kvörtun A barst nefndinni þann 3. mars 1998. Nefndin óskaði eftir greinargerð frá Sjúkrahúsi Suðurlands og Heilsugæslustöðinni Sólvangi, Hafnarfirði. Greinargerð barst þann 17. apríl 1998 frá Sjúkrahúsi Suðurlands og þann 18. janúar 1999 frá Heilsugæslustöðinni Sólvangi eftir ítrekanir frá nefndinni. A var gefinn kostur á að koma að frekari athugasemdum og bárust þær þann 1. febrúar 1999.

III

Á Sjúkrahúsi Suðurlands fundust engin gögn um komu A þangað önnur en varðandi röntgenmyndatökuna. Taldi nefndin það mjög ámælisvert að ekki skyldi vera skráð hver greining áverkans var, hvaða meðferð var veitt og hvaða ráðleggingar voru veittar A. Telur nefndin þó að þrátt fyrir að síðar hefði komið í ljós að greining sú er gerð var hefði verið röng, væri ekki hægt að telja um að ræða mistök hjá starfsmönnum sjúkrahússins. Yrði að telja að brugðist hafi verið rétt við, þar sem röntgenmynd leiddi ekki í ljós að um slitið liðband væri að ræða. Var því eðlilegt að reyna fyrst að setja spelku á hendina og sjá til hvort bati yrði.

Þar sem ekki voru skráðar í sjúkraská A hjá Sjúkrahúsi Suðurlands athugasemdir um að henni hefði verið ráðlagt að koma aftur í athugun ef hún teldi sig ekki góða þegar hún tæki spelkuna af, taldi nefndin að líta yrði svo á að þær ráðleggingar hefðu ekki verið gefnar. Taldi nefndin það ámælisvert.

A leitaði til Heilsugæslustöðvarinnar Sólvangs, Hafnarfirði um það bil 5 vikum eftir að slysið átti sér stað. Taldi nefndin að telja yrði að sá tími sem liðinn var frá slysinu hefði átt að gefa lækni þeim er annaðist A þar tilefni til að fullvissa sig um að ekki væri um slitið liðband að ræða. A var mjög aum og bólgin í hendinni og kom fram í gögnum málsins að viðkomandi læknir taldi sig ekki geta metið hvort liðband væri slitið af þeim sökum. Hefði það, hversu aum A var, átt að gefa læknum enn meira tilefni til að kanna þetta atriði eða senda hana þá þegar til sérfræðings í handarskurðlækningum, ef hann taldi sig ekki geta kannað þetta nægilega vel sjálfur. Það hversu langur tími leið frá því að slys A átti sér stað uns henni var vísað til sérfræðings í handarskurðlækningum taldi nefndin að yrði að teljast mistök hjá starfsmanni heilsugæslustöðvarinnar. Nefndin taldi sig þó ekki hafa forsendur til að meta hugsanlega bótaskyldu heilsugæslustöðvarinnar í þessu sambandi.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 10. mars 1999 var eftirfarandi:

Nefndin átaldi það mjög að ekki skyldi vera skráð á Sjúkrahúsi Suðurlands hver greining áverka A var, hvaða meðferð var veitt og hvaða leiðbeiningar A voru veittar. Nefndin átaldi það einnig mjög að A skyldi ekki verða leiðbeint um að leita aftur til læknis ef hún lagaðist ekki í hendinni fljótlega eftir slysið. Nefndin taldi þó ekki um að ræða nein mistök hjá starfsfólki sjúkrahússins við greiningu áverkans né meðferð þá er veitt var.

Nefndin taldi á hinn bóginn að um hefði verið að ræða mistök hjá lækni Heilsugæslustöðvarinnar Sólvangs, Hafnarfirði að ganga ekki úr skugga um hvort um væri að ræða slitið liðband hjá A áður en hafin var gifsmeðferð. Nefndin taldi sig þó ekki hafa forsendur til að meta hugsanlega bótaskyldu heilsugæslustöðvarinnar.

Mál nr. 5/1998

I

A óskaði eftir að nefndin leitaðist við að meta ábyrgð og bótaskyldu lækna Landspítalans vegna líkamstjóns hennar, sem rakið yrði til aðgerðar sem hún gekkst undir á Landspítalanum í nóvember 1991 og þeirrar eftir meðferðar sem fylgdi í kjölfarið. Álit landlæknis lá fyrir í málinu.

A leitaði til beinasérfræðings þann 18. september 1990 og mælti hann með að gerð yrði Chiari osteotómía (beinskurður) á pelvis (mjaðmagrind) og með því mætti seinka gerviliðsaðgerð um 10 til 15 ár. Leitaði A til annars beinasérfræðings og staðfesti hann álit. Læknir sá er framkvæmdi aðgerðina staðfesti einnig fyrri álit. A kvaðst ekki hafa verið frædd um áhættu varðandi ischiadicus taugina (settaugina) né hættu á að fá drep í liðkúluna

Þann 28. nóvember 1991 var gerð Chiari osteotomia (beinskurður) á vinstri mjaðmargrind A og gekk aðgerðin tæknilega vel fyrir sig. Virtist allt í lagi með fótinn, en daginn eftir þegar A var vel vöknud kom í ljós taugalömun í n. peroneus hluta ischiadicus taugarinnar (dálkshluta settaugar). Var A því mobiliseruð (látin hreyfa sig) á hækjur án álags á vinstri mjöðm og útvegud spelka á fótinn til þess að vinna á móti styttingu í kálfavöðvum og auðvelda gang. Þann 23. janúar 1992 voru festipinnar fjarlægðir á Landspítalanum þar sem talið var öruggt að beinin væru gróin. En talið var hugsanlegt að endar pinnanna gætu ert taugina og myndi hún þá lagast á eftir. A kvaðst hafa beðið um að pinnarnir væru hafðir lengur þar sem henni fannst þetta ekki nægilega gróið. Eftir það fékk A vaxandi verki í mjöðmina og leiddu röntgenrannsóknir í ljós að beinendar höfðu hreyfst og því greinilega ekki nægilega vel gróið. Ákveðið var að bíða og sjá hvort beinin gréru ekki með tímanum en við áframhaldandi eftirlit kom í ljós að svo varð ekki og úr varð pseudarthrosa (aukaliður).

Þann 22. október 1992 var pseudarthrosan hreinsuð upp á Landakoti, ferskt bein sett í svæðið og það fest á ný með tveimur skrúfum. A var sett í mjaðmargips, þ.e. gips frá bol og niður á báða fætur þannig að engin hreyfing yrði um mjaðmirnar. Gipsið var fjarlægt þann 2. desember 1992 og endurhæfing hafin á ný. Við röntgenrannsókn þann 24. september 1993 kom í ljós að önnur skrúfan hafði farið í sundur en í gegnumlýsingu síðar kom í ljós að beinið var fastgróið þrátt fyrir það.

A var í endurhæfingu á Reykjalundi þegar verkir fóru að aukast á nýjan leik. Við röntgenrannsókn þann 20. janúar 1994 kom í ljós að ástæða verkjanna var að liðkúlan hafði aflagast vegna dreps í henni og hún síðan nuddað sundur þakið og runnið úr skálinni á ný.

Þannig hafði mjaðmarliðurinn gefið sig endanlega og komin þriggja cm. stytting í gangliminn. Hins vegar hafði kraftur í fæti aukist til muna en var þó ekki orðinn eðlilegur. Þann 26. september 1994 var því gerð aðgerð þar sem settur var gerviliður í vinstri mjöðm. Fyrirsvarsmenn Ríkisspítalanna höfðu fært fram sjónarmið sín um að vegna ungs aldurs A hefði verið talið réttara að dýpka liðskálina í stað þess að gera gerviliðsaðgerð á mjöðminni. A hefði verið upplýst um hugsanlega fylgikvilla meðferðarinnar. Því miður hefðu komið upp tveir fylgikvillar þ.e. annars vegar lömum í peroneus hluta ischiadicus taugarinnar (dálkshluta settaugar) og hins vegar pseudarthrósa (aukaliður) í osteotomiuna (beinskurðinn). Einnig hefði komið drep í liðkúluna með aflögun á þakinu og nýju liðskriði eftir að festipinnar osteotomiunnar (beinskurðarins) voru teknir burtu.

II

Kvörtun A barst nefndinni þann 19. mars 1998. Nefndin óskaði eftir greinargerð frá Ríkisspítölnum og barst hún þann 30. apríl 1998. A var gefinn frestur til að koma að frekari athugasemdum og bárust þær þann 4. júní 1998 og þann 3. júlí 1998 bárust frekari gögn frá A.

III

Þegar aðgerð sú er um ræðir fór fram var A rúmlega þrítug og með tilliti til ungs aldurs hennar var ákveðið að reyna að fresta því að framkvæma gerviliðsaðgerð. Í staðinn var gerð Chiari osteotomia (beinskurður) á vinstri mjaðmargrind og var það álit þeirra þriggja lækna sem komu að málinu að það myndi fresta gerviliðsaðgerð um nokkur ár. Taldi nefndin að það yrðu ekki talin mistök að velja þessa aðgerð í stað gerviliðsaðgerðar strax, þar sem augljós rök voru fyrir því, þrátt fyrir þá fylgikvilla sem þekktir eru við slíkar aðgerðir.

Við aðgerðina varð taugalömun í n. peroneus hluta ischiadicus taugarinnar (dálkshluta settaugar) en það taldi nefndin vera þekktan fylgikvilla eftir slíkar aðgerðir. Þegar festipinnar voru fjarlægðir var það mat læknis þess sem sinnti A að beinin væru nægilega gróin auk þess sem hugsanlegt var að endar pinnanna gætu ert taugina. Var vonast til að taugalömunin myndi lagast við að þeir yrðu fjarlægðir. Í ljós kom að beinin voru ekki nægilega gróin þegar pinnarnir voru teknir úr en þar sem það var mat læknisins að fjarlægja þá á þessum tíma með tilliti til allra aðstæðna, svo og því að yfirleitt eru 8 vikur nægilega langur tími fyrir bein að gróa, taldi nefndin ekki að það hafi verið mistök að taka pinnana úr á þessum tíma þrátt fyrir mótbárur A.

Nefndin taldi það ámælisvert ef rétt væri að A hefðu ekki verið kynntir hugsanlegir fylgikvillar með aðgerðinni áður en hún gekkst undir hana. En um þetta bar A og fyrirsvarsmönnum Ríkisspítalanna ekki saman.

IV

Niðurstæða nefndarinnar þann 10. desember 1998 var eftirfarandi:

Nefndin taldi að ekki hefði verið sýnt fram á að mistök hefðu orðið við val á lækni meðferð A né heldur í eftir meðferð hennar sem Ríkisspítalarnir beri bótaábyrgð á. Ámælisvert væri þó ef að A voru ekki kynntir fyrir aðgerðina hugsanlegir fylgikvillar með henni.

Mál nr. 6/1998

I

A óskaði eftir að nefndin leitaðist við að meta ábyrgð og bótaskyldu lækna Landspítalans vegna líkamstjóns hennar, sem rakið yrði til aðgerðar sem hún gekkst undir þann 12. janúar 1995, þar sem fjarlægður var ristill og endaparmur en í aðgerðinni lamaðist þvagblaðra A þannig að hún þurfti nú að ganga með suprapupískan legg (legg ofan lífbeins) í þvagpoka. Álit landlæknis lá fyrir í málinu.

A hafði haft colitis ulcerosa (sáraristilbólgu) frá 19 ára aldri auk margvíslegra annarra vandamála. Hún hafði verið flogaveik frá svipuðum tíma og höfðu krampaköst farið versnandi. A fékk heilablæðingu árið 1993 og var í hjólastól síðan. A hafði gengist undir margar aðgerðir áður og meðal annars höfðu botnlangi og gallblaðra verið fjarlægð, tvívegis verið gert við þindarslit, þrívegis verið gert við kviðslit, auk þess sem hún hafði gengist undir brjóstaminnkun.

A þjáðist af verkjum og óþægindum í kvið og endaparmi, með ógleði og matarleiða ásamt því að fá hita og niðurgang, sem stundum var blóðugur. Í speglun komu í ljós frumubreytingar og var því ákveðið að hún gengist undir total colectomíu (brotnám ristils). Eftir aðgerðina varð A fyrir blöðrulömun sem í fyrstu var talið að myndi ganga til baka en sú varð ekki raunin og var hún því útskrifuð með þvaglegg. Í byrjun mars 1995 var hún lögð inn aftur til að reyna að fjarlægja þvaglegginn. Það gekk ekki eftir og var henni kennd intermittent cathetersering (að nota þvaglegg eftir þörfum) þó það gengi erfiðlega. Virtist það valda henni álagi og auka á neurologísk einkenni (einkenni frá taugakerfi). Var A því útskrifuð aftur með þvaglegg til skiptingar í heimahjúkrun á mánaðar fresti.

II

Kvörtun A barst nefndinni þann 1. apríl 1998. Nefndin óskaði eftir greinargerð frá

Ríkisspítölunum og barst hún þann 20. maí 1998. A var gefinn frestur til að koma að frekari athugasemdum og bárust þær þann 24. september 1998.

III

Það var álit nefndarinnar að þekkt sé að fram komi truflanir í blöðru eftir skurðaðgerðir, en í flestum tilvikum gangi slíkt til baka skömmu eftir aðgerð. Það hversu vel gangi að koma starfsemi blöðrunnar í rétt horf byggist mikið á samstarfi við sjúklinginn sjálfan. Fyrirsvarsmenn sjúkrahússins héldu því fram að um væri að ræða sjaldgæfan en þekktan fylgikvilla með aðgerðum eins og A gekkst undir og væri blöðrulömunin blanda af afleiðingum skurðaðgerðarinnar og fyrri sjúkdóma A. Lögmaður A benti hins vegar á hvort hugsanlegt væri að hugtakið þekktur fylgikvilli hafi orðið til yfir afar fátt mistök þar sem blöðrulömun hlaut í aðgerðum sambærilegum við þær sem A gekkst undir.

Nefndin komst að þeirri niðurstöðu að um væri að ræða þekktan fylgikvilla með aðgerðum sem þessari. Ekki væri hægt að fullyrða um það hvers vegna A varð fyrir blöðrulömun sem ekki gekk til baka eftir aðgerðina, en ýmsar orsakir gætu legið fyrir því. Heilsufar A fyrir aðgerðina gæti hugsanlega hafa átt þátt í því hvernig fór. Þrátt fyrir að ekki væri hægt að gefa einhlíta skýringu á því hvers vegna blöðrulömunin varð yrði ekki séð af gögnum málsins að orðið hafi nein þau mistök við aðgerðina á A sem leiddu til bótaskyldu sjúkrahússins.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 14. janúar 1999 var eftirfarandi:

Ekki hafði verið sýnt fram á að mistök hafi orðið við lækni meðferð A sem Ríkisspítalarnir beri bótaábyrgð á.

Mál nr. 7/1998

I

A óskaði eftir álit nefndarinnar á ábyrgð og bótaskyldu lækna Sjúkrahúss Reykjavíkur vegna líkamstjóns sem hún hlaut við aðgerð vegna æðasjúkdóms. Taldi lögmaður hennar að eitthvað hefði farið úrskeiðis við aðgerðina þar sem hægri fótur hennar væri að mestu tilfinningalaus og stjórnlaus neðan hnés. A væri óvinnufær og hefði sennilega misst vinnutekjur endanlega og þar með glatað möguleikum á auknum lífeyrisréttindum. Álit landlæknis lá fyrir í málinu. A hafði sára áreynsluverki í hægri ganglim ásamt öðrum einkennum. Í ljós kom að um útbreidda æðakölkun var að ræða. Þann 12. ágúst 1996 gekkst hún undir aðgerð á Sjúkrahúsi Reykjavíkur vegna æðakölkunarinnar. Var sett inn buxnalaga gerviað frá ósæð niður í nára þannig að blóði var veitt framhjá lokun í lendaslagæðinni.

Báðar læraslagæðarnar sem gerviaðin var tengd í voru mjög grannar. A var gefið heparin í aðgerðinni til að vinna gegn segamyndun, bæði í æð og sem skol í slagæðar. Við lok aðgerðar virtist blóðflæði til ganglima vera eðlilegt.

Eftir að A vaknaði úr svæfingu kvartaði hún yfir sárum verk í hægri fæti, þrátt fyrir að vera á sterkum verkjalyfjum. Kvað hún fótinn einnig hafa verið óeðlilega kaldan. Þar sem púls fannst í hnésbótarlagæðinni var ákveðið að láta reyna á hvort fóturinn lagaðist af sjálfu sér. Við skoðun kl. 21:30 um kvöldið sýndi hægri fótur ljós merki blóðþurrðar, en enginn púls fannst í ganglimnum og var A því tekin til aðgerðar aftur kl. 22.30 sama kvöld. Í aðgerðinni kom í ljós að gerviaðin hafði stíflast af blóðsega og að segi var einnig kominn í blóðrásina fyrir neðan. Var þetta hreinsað út og æðakerfið skolað með heparinblöndu. Eftir aðgerðina kom gott Doppler signal (merki) í hnésbót og litarhaft fótarsins varð eðlilegra.

Eftir þá aðgerð varð fóturinn fljótlega heitur alveg fram í tær og þrútinn. Um það bil þremur tímum eftir aðgerðina var kálfinn orðinn mjög þrútinn og A komin með mikla verki í hann. Læknir taldi að um væri að ræða compartment syndrom (vöðvahólfshéilkenni) og var A send í þriðju aðgerðina þar sem bandvefshulstrin voru klofin upp svo að vöðvarnir fengu meira pláss. Húðin var einnig klofin upp eftir endilöngum kálfanum þar sem hún þrengdi að. Rúmlega viku síðar var flutt húð á skurðinn sem hafði verið skilinn eftir opinn. Kvað A fótinn vera að mestu tilfinningalaus og stjórnlausan neðan ökkla eftir aðgerðina. Verkir og bólgur aukist við sérhverja óvenjulega áreynslu og hefði hún verið óvinnufær frá aðgerðinni. Ör á fætinum væri um 30 cm langt og 5 cm breitt þar sem það væri breiðast. A varð fyrir varanlegum skaða á fætinum þ.e. er með svokallaðan “drop foot” (ristarbeygjálömun) og varanlega örorku.

Fyrirsvarsmenn Sjúkrahúss Reykjavíkur bentu á að viss hættu á segamyndun og segareka væri innbyggð í slíkar aðgerðir. A hafi verið með útbreidda æðakölkun og báðar læraslagæðarnar, sem gerviaðin var tengd í, voru mjög grannar en slíkt jók mjög hættu á stíflu og segamyndun í gerviaðum. Um væri að ræða fylgikvilla sem æðaskurðlæknar óttist stöðugt og komi alltaf upp öðru hverju. Yfirleitt fáist fullur bati þegar segastífla sem staðið hefur í sex til tólf tíma er hreinsuð. Að lokinni annarri aðgerðinni hefði komið upp annar fylgikvilli sem rétt hefði verið brugðist við. A sé mun verri í fætinum en hún var fyrir aðgerð, en enginn viti hvornig fóturinn væri ef hún hefði ekki fengið gerviað árið 1996.

II

Kvörtun A barst nefndinni þann 8. október 1998. Nefndin óskaði eftir greinargerð frá Sjúkrahúsi Reykjavíkur og barst greinargerð sjúkrahússins þann 25. janúar 1999. A var gefinn kostur á að koma að frekari athugasemdum.

III

A var með mjög kalkaðar æðar og reynt var að blása þær út en þar sem það tókst ekki var henni ráðlagt að fara í framangreinda aðgerð. Nefndin taldi að fallast yrði á að blóðtappi eða segamyndun niður í fótinn sé fylgikvilli sem oft sé hætta á við aðgerðir á illa förnu æðakerfi. Af lýsingum í sjúkragögnum A yrði ekki annað séð en reynt hefði verið að gera allt sem hægt var til að koma í veg fyrir slíkt. Taldi nefndin því ekki að um mistök hafi verið að ræða hjá starfsfólki sjúkrahússins við framkvæmd aðgerðarinnar heldur væri um að ræða þekktan fylgikvilla við aðgerð af þessu tagi.

Þegar A vaknaði upp eftir aðgerðina og kvartaði yfir verkjum og kulda í fætinum, mat lækni aðstæður svo að óhætt væri að bíða og sjá hvort fóturinn myndi ekki lagast af sjálfu sér. Ljóst var þegar málið var skoðað eftir á að beðið var of lengi með að framkvæma aðra aðgerð í tilviki A. Þar sem sá tími sem leið er hins vegar ekki of langur í flestum tilvikum, taldi nefndin ekki unnt að telja það mistök hjá starfsfólki sjúkrahússins að framkvæma ekki aðgerð fyrr.

Nefndin féllst á það með fyrirsvarsmönnum Sjúkrahúss Reykjavíkur að eftir aðra aðgerðina hafi komið upp fylgikvilli, compartment syndrom (vöðvahólfshéilkenni), sem brugðist hafi verið rétt við.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 16. júní 1999 var eftirfarandi:

Nefndin taldi, þrátt fyrir að ljóst væri að A var verri í fætinum en hún var fyrir aðgerðina, hefði ekki verið um að ræða mistök hjá starfsfólki sjúkrahússins sem leiði til bótaskyldu Sjúkrahúss Reykjavíkur heldur hafi verið um að ræða þekktan fylgikvilla með aðgerð sem þessari.

Mál nr. 8/1998

I

A óskaði eftir álitni nefndarinnar á því hvort meðferð sú sem hann gekkst undir á Sjúkrahúsi Reykjavíkur vorið 1996 hefði verið með þeim hætti að sjúkrahúsið bæri skaðabótaábyrgð á afleiðingum mistaka við meðferðina. Óskaði A eftir að nefndin skoðaði m.a. óhæfilegan drátt á meðferð og möguleg mistök við lækni-aðgerðir eða eftirmeðferð. Álit landlæknis lá fyrir í málinu.

A fékk skyndilega mikinn verk í hægri handlegg og leitaði til heimilislæknis á Neskaupsstað sem benti honum á að fara til Reykjavíkur og fá skoðun hjá sérfræðingi.

Leitaði A því á bráðavakt Sjúkrahúss Reykjavíkur og var látinn fá hálskraga og sagt að hvílast fram yfir páska og koma svo í frekari rannsóknir. Fór hann í myelografíu (mænumyndatöku) sem benti til að osteophytar (beingaddar) C:VI-C:VII þrýstu á C:VII rótina og síðan í MRI (segulsneiðmyndun) sem sýndi brjósklos C:VI-C:VII. Var því ákveðið að A færi í aðgerð þann 18. apríl. Þegar A var kominn inn á skurðstofu vildi svæfingalæknir hins vegar ekki svæfa hann þar sem hann var með kvefpest.

Aðgerðinni var því frestað til 7. maí. Tekið var bein úr mjaðmarkambi og notað til spengingar á hálslið. Var aðgerðin talin hafa tekist vel en A var hás eftir aðgerðina. Við skoðun hjá háls, nef og eyrnalækni kom í ljós hann hafði orðið fyrir lömum á hægra raddbandi þar sem taug hafði skaddast. Gekk lömunin mikið til baka á einu ári eftir aðgerðina en framlögðum læknisvottorðum ber þó ekki alveg saman um það hvort hún gekk til baka að fullu.

Þegar A var að ganga í stiga þann 15. maí 1996 fann hann að eitthvað gaf sig í mjöðm hans. Á slysideild kom í ljós að brotnað hafði stykki úr mjaðmarkambi, út frá þeim stað sem beinið hafði verið tekið. Kvað A sér hafa verið sagt að sérfræðingur kæmi að líta á hann og hugsanlega færi hann í aðgerð þá þegar um nóttina. Svo varð þó ekki og tveimur dögum síðar var hann sendur af spítalanum og sagt að koma í endurkomu þann 22. maí. Á kvað sérfræðing þann er leit á hann hafa sagt að mjöðmin liti ekki vel út. Ekki varð þó af aðgerð á mjöðminni fyrr en 28. maí. Þremur dögum síðar fór A í aðra aðgerð þar sem í ljós kom að beinflaski hafði færst til. Þurfti A enn og aftur að gangast undir aðgerð vegna þessa í september 1996.

Þar sem paresan (lömunarsnertur) í hægri hendi gekk ekki yfir eftir aðgerðina þann 7. maí 1996 var A sendur í tauga- og vöðvarit þann 2. júlí s.á. Niðurstöðurnar bentu til hægri cervical radiculopathíu (hálstaugarótakvilla) en A virtist einnig vera með hægri ulnar neuropathíu (ölnartaugarkvilla) vegna compressionar (þrýstings) við olnboga. Var því gerð transposition (umhverfing) á ulnartauginni (ölnartauginni) um olnboga þann 23. júlí 1996.

Samkvæmt læknisvottorði þann 22. febrúar 1998 hafði A enn einkenni frá hægri handlegg og gat ekki unnið lengi án þess að á því bæri. Hreyfigeta hans var einnig skert í hálslið. Ennfremur kom fram í vottorðinu að raddbandalömun væri óbreytt eins og áður en í læknisvottorði dags. 22. júní 1998 kom hins vegar fram að raddbandalömunin hafði alveg gengið til baka. A hafði auk þess stöðugt verki frá hægri mjöðm.

II

Kvörtun A barst nefndinni þann 27. nóvember 1998. Nefndin óskaði eftir greinargerð frá Sjúkrahúsi Reykjavíkur og barst hún þann 14. janúar 1999. A var gefinn frestur til að koma að frekari athugasemdum og bárust þær þann 3. mars 1999 ásamt

læknisvottorði.

III

Þann 3. apríl leitaði A fyrst til Sjúkrahúss Reykjavíkur en aðgerð var þó ekki ákveðin fyrir en þann 18. apríl. Ástæður þess virðast hafa verið þær að A leitaði á slysideild Sjúkrahúss Reykjavíkur rétt fyrir páska þegar starfsemi var í lámarki. Eftir að A hafði gengist undir viðeigandi rannsóknir, strax eftir páska, var aðgerðin samt ekki ákveðin fyrir en viku síðar. Fram kom í svari landlæknis við bréfum A, að svo virtist sem það hafi stafað af lokun deilda og miklu álagi á starfsfólki sjúkrahússins. Nefndin taldi það ekki falla undir verksvið sitt að fjalla um hver bæri ábyrgð á því að aðgerðir dragist vegna niðurskurðar til heilbrigðismála.

Af hálfu sjúkrahússins virtist ekkert hafa verið því til fyrirstöðu að framkvæma aðgerðina þann 18. apríl 1996 en þar sem A var kvefaður var ákveðið að fresta henni. Nefndin taldi ljóst að starfsmönnum sjúkrahússins yrði ekki kennt um þessa seinkun á því að aðgerðin færi fram.

A kvartaði enn yfir verkjum í hægri handlegg og taldi sig ófæran um að vinna upp fyrir sig en hann var menntaður rafvirki. A var með verki í handleggnum áður en aðgerðin var framkvæmd. Ekkert í gögnum málsins benti til að mistök hefðu orðið við framkvæmd aðgerðarinnar. Yrði því að telja að verkirnir væru afleiðingar sjúkdóms A en ekki vegna mistaka við aðgerðina.

Við aðgerðina varð A fyrir raddbandalömun. Slík lömun er vel þekktur fylgikvillur með aðgerðum eins og hann gekkst undir og varð því ekki talið að hún hafi stafað af mistökum hjá starfsfólki sjúkrahússins. Tjón A vegna raddbandalömunarinnar virtist ekki hafa verið varanlegt, en framlögðum læknisvottorðum bar þó ekki alveg saman varðandi bata A að þessu leyti.

Í aðgerðinni sem A gekkst undir þann 7. maí 1996 var tekin beinflís úr mjöðm hans til spengingar á hálslið. Nokkru síðar varð A fyrir því að það brotnaði úr mjöðminni. Ljóst er að við það að taka beinflísina hefur mjaðmarkamburinn veikst en ekki verður þó talið um að ræða mistök hjá starfsmönnum sjúkrahússins við þá aðgerð. Það dróst nokkuð á langinn að laga brotið en ekki varð séð af gögnum málsins að A hlyti varanlegt tjón vegna þess.

Þar sem ekkert kom fram í gögnum málsins sem benti til þess að orðið hefðu mistök við meðferð A á Sjúkrahúsi Reykjavíkur varð ekki talið að til staðar væri bótaskylda hjá Sjúkrahúsi Reykjavíkur þrátt fyrir að bati A hefði verið seinn og hann hefði enn ekki náð að fullu þeim bata sem til var ætlast.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 25. mars 1999 var eftirfarandi:

Ekki hafði verið sýnt fram á að mistök hefðu orðið við lækni meðferð A sem Sjúkrahús Reykjavíkur bæri skaðabótaábyrgð á.

Mál nr. 10/1998

I

A óskaði eftir áliti nefndarinnar á því hver væri líklegasta orsök taugaskaða og óþæginda sem hann fann fyrir í vinstri öxl eftir aðgerð sem hann gekkst undir á Landspítalanum. Ennfremur óskaði A álits nefndarinnar á því hver hefði borið ábyrgð á því að lega hans við aðgerðina væri rétt, hvort færa hefði átt á aðgerðarblað að hann vaknaði á meðan á aðgerð stóð, hver gæti verið líkleg orsök þess að hann vaknaði á meðan á aðgerð stóð og hver bæri ábyrgð á því. Álit landlæknis lá fyrir í málinu.

A var lagður inn á Fjórðungssjúkrahúsið á Neskaupstað vegna verks í vinstri thorax (vinstra megin í brjósti). Í ljós kom að hann var með samfallið lunga. Reynt var þrívægis að setja upp hjá honum drain (keri) en þar sem lungað féll alltaf saman aftur var ákveðið að senda hann á Landspítalan þar sem hann gekkst undir framangreinda aðgerð þann 29. nóvember 1997. Samkvæmt aðgerðarlýsingu var A svæfður og síðan settur í hægri hliðarstöðu á skurðarborðinu og gamla drainið (kerinn) fjarlæggt. Gerður var 6 cm langur skurður fyrir neðan hárlínu í vinstri axillu (holhönd) og opnað inn í brjóstholið í III. rifjabili. Þá sást klasi af blöðrum á lungnatoppnum 1 cm stórar og voru ein eða tvær sprungnar. Gripið var í lungað með lungnagriplu og síðan var heft tvisvar yfir blöðrumar með TA 30 heftibyssu. Brennt með diathermi (gegnhitun) Að lokum var lungnatoppurinn nuddaður með grisju. Sárinu var síðan lokað í lögum alveg í gegn. Þann 20. ágúst 1998 var skrifuð viðbót við fyrri aðgerðarlýsingu. Þar kom fram að A var settur í hægri hliðarlegu á skurðarborði og vinstri handleggur var settur í maximus stöng sem fest er við skurðarborð öðrum megin, en gangi beint upp og svo þvert yfir skurðarborðið og skilur að athafnasvæði skurðlækna og svæfingalækna. Framhandleggur hafi síðan verið fóðraður og vafinn í þessa stöng, sem gangi þvert yfir skurðarborðið, með olnboga í 90° og upphandlegg abduction (fráfærslu) um rúmar 45° um axlarlið. Aðgerðin hafi gengið eðlilega fyrir sig en í lok aðgerðar þegar verið var að taka síðustu sporin í húð, hafi A vaknað illa og reynt að losa vinstri handlegg, togað bæði fram á við og aftur á við. Gefin hafi verið viðbótar svæfingarlyf og það hafi tekið 1 til 1 1/2 mínútu að róa hann aftur. Skurðinum hafi síðan verið lokað.

Eftir aðgerðina fann A fyrir verk og dofa í vinstri handlegg ásamt minnkuðum krafti í

vinstri öxl. Í vottorði taugasérfræðings sem skoðaði hann í apríl 1998 kom fram að um var að ræða skynbreytingar og neuralgískan verk (taugahvot). Telur taugasérfræðingurinn að verkir verði meginvandamálið í framtíðinni. Megin áverki svari til n. cutaneous brachii medialis (miðlægrri upparmshúðtaug) og gæti einnig verið um áverka á n. cutaneous brachii posterior (baklægrri upparmshúðtaug) og hluta n. axillaris (handkrikataugar) eða afleiddar skynbreytingar frá primer lesionum (frumskemmdum) á n. cutaneous brachii medialis (miðlægrri upparmshúðtaug). Togáverki á neðri plexus (flækju) gæti einnig skýrt skyntapið og motorisk (hreyfi) einkenni hans. A fær nú slæma verki fyrirvaralaust tvisvar til þrisvar á dag sem leiða út í vinstri öxl og fram í hendi. Svitnar með þessu. Einnig hefur hann fundið fyrir ofurviðkvæmni á pectoralissvæðinu (brjóstsvæði) vinstra megin.

II

Kvörtun A barst nefndinni þann 16. desember 1998 ásamt fylgigögnum. Nefndin óskaði eftir greinargerð frá Ríkisspítölunum og barst hún þann 28. apríl 1999 ásamt sjúkragögnum. A var gefinn kostur á að koma að frekari athugasemdum og bárust þær þann 10. maí 1999 ásamt fylgigögnum.

III

Nefndin taldi ekkert í gögnum málsins benda til þess að lega á handlegg A hafi verið röng í aðgerðinni, en í viðbót við aðgerðarlýsingu sem rituð var þann 20. ágúst 1998 var því lýst hvernig handleggurinn var bundinn upp. Mjög mikilvægt er að aðgerðarblöð og allar skráningar í sjúkraskrá, séu eins nákvæmar og mögulegt er. Nefndin taldi það gagnrýniverð að ekki var fært strax inn á aðgerðarblað að A rumskaði í lok aðgerðar og braust um þar sem handleggurinn var enn bundinn fastur. Nefndin taldi þó að byggja verði á þeim upplýsingum sem fram koma í viðbót við aðgerðarlýsinguna þrátt fyrir að hún sé rituð síðar.

Nefndin taldi að þrátt fyrir að mikilvægt sé að sjúklingar séu ekki svæfðir fastar en nauðsyn ber til, sé í tilviki A ljóst að hann vaknaði of snemma þar sem hann vaknaði áður en handleggurinn var leystur. Það verði að telja á ábyrgð svæfingalæknis þess sem sá um svæfinguna. Honum hefði átt að vera ljóst að A væri að rumska og hefði átt að auka þá þegar við svæfinguna þar sem ekki var búið að leysa handlegginn.

Það var álit nefndarinnar að lang líklegast væri að umbrot A þegar hann rumskaði áður en lokið hafði verið við að sauma skurðinn hafi valdið þeim skaða sem hann varð fyrir. Telur nefndin því að mistök hafi verið gerð við svæfingu A í aðgerðinni.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 16. júní 1999.

Nefndin taldi ekkert í framlögðum gögnum málsins benda til að lega á handlegg A hafi verið röng í aðgerðinni en taldi hins vegar að mistök hefðu orðið við svæfingu A í aðgerðinni sem líklegt verði að telja að valdið hafi tjóni hans.

Mál nr. 1/1999

I

A óskaði eftir að nefndin leitaðist við að meta ábyrgð og bótaskyldu Landsspítalans vegna líkamstjóns hennar eftir gallsteinaaðgerð. Farið var fram á að nefndin veitti rökstutt svar við hvort mistök hefðu átt sér stað við framkvæmd aðgerðarinnar eða við eftirmeðferð. Einnig var óskað eftir svörum við því hvort hægt hefði verið að forða A frá örorku ef brugðist hefði verið fyrir við kvörtunum hennar.

A gekkst undir gallsteinaaðgerð í ferbrúar 1992 sem framkvæmd var í gegnum speglunartæki. Eftir aðgerðina fékk A einkenni frá kvið, verki, hita og peritoneal einkenni (einkenni frá lífhimnu), en A kveður umkvörtunum hennar ekki hafa verið sinnt fyrir en þremur dögum síðar. Þá var framkvæmd önnur aðgerð þar sem í ljós kom leki frá ductus cysticusstúfnum (gallblöðrurásarstúfnum) og var bundið fyrir stúfinn. A hafði enn takverki hægra megin og var send í lungnaskann (lungnaskimun). Niðurstaðan var minnkuð perfusion (gegnflæði) í öllum lobusnum (lungnablaði) hægra megin. Hafin var heparin meðferð og einnig gefið warfarin. Vökvinn í lunganu hvarf á nokkrum vikum en A kveðst verða mæðnari en áður og var um marktæka skerðingu á lungnastarfseminni að ræða. Örorka A var metin til 15% varanlegrar örorku og fékk hún bætur úr sjúklingatryggingu almannatrygginga.

II

Kvörtun A barst nefndinni þann 5. febrúar 1999. Nefndin óskaði eftir greinargerð frá Ríkisspítölunum og barst hún þann 27. apríl 1999. A var gefinn kostur á að koma að frekari athugasemdum og bárust þær þann 6. maí 1999. Nefndin óskaði eftir frekari gögnum frá Ríkisspítölunum og bárust þau þann 13. ágúst 1999.

III

Ekkert kom fram í gögnum málsins sem benti til að mistök hefðu orðið hjá starfsfólki sjúkrahússins við gallsteinaaðgerð A. Gallleki eins og varð hjá A eftir aðgerðina sé þekktur fylgikvilli með gallsteinaaðgerðum sem gerðar eru með speglunartæki og taldi nefndin að

ekki væri hægt að rekja gallekann til mistaka við aðgerðina.

Nefndin taldi þann tíma sem leið uns önnur aðgerð var framkvæmd á A, þar sem bundið var fyrir stúfinn, vera forsvaranlega þrátt fyrir einkenni A og kvartanir hennar við starfsfólk sjúkrahússins. Eðlilegt var að kanna til hlítar hvað einkennunum olli áður en gripið var til þess ráðs að framkvæma aðgerð, enda mikilvægt að reyna að komast hjá aðgerðum ef hægt er. Eftir þá aðgerð fékk A einkenni frá lungum. Ekki hægt að fullyrða að það hafi stafað af aðgerðunum þrátt fyrir að það verði að teljast langlíklegast. Nefndin taldi þó ekki að mistökum starfsfólks sjúkrahússins verði kennt um þá skerðingu á lungnastarfsemi sem A varð fyrir.

Nefndin taldi að ekki væri hægt að fullyrða að hægt hefði verið að forða A frá örorku þótt gallekin hefði verið stöðvaður fyrr. Verði því ekki felld bótaskylda á sjúkrahúsið vegna örorku A.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 19. ágúst 1999 var eftirfarandi:

Nefndin taldi að ekki hefðu orðið mistök við framkvæmd aðgerða á A í febrúar 1992 né við eftirmeðferð eftir þær. Nefndin taldi því ekki um að ræða bótaskyldu hjá sjúkrahúsinu vegna örorku A.

Mál nr. 2/1999

I

A leitaði álits nefndarinnar vegna aðgerðar sem framkvæmd var á Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri. Fyrirsvarsmenn sjúkrahússins kröfðust þess að nefndin vísaði málinu frá þar sem lækjinn hefði framkvæmt umrædda aðgerð á eigin ábyrgð. Álit landlæknis lá ekki fyrir í málinu.

II

Kvörtun A barst nefndinni þann 18. febrúar 1999. Nefndin óskaði eftir greinargerð frá Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri og barst hún þann 10. maí 1999. Send var fyrirspurn til heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins og barst svar við henni þann 9. september 1999.

III

Niðurstaða nefndarinnar þann 30. september 1999 var eftirfarandi:

Fyrir liggur álit umboðsmanns Alþingis, í máli nr. 1999/1997, um að það falli utan starfssviðs nefndarinnar að fjalla um kvartanir yfir störfum sjálfstætt starfandi lækna. Aðgerðin var framkvæmd á sjúkrahúsinu sem ferliverk og með vísan til þess samnings sem í gildi var á milli læknisins og sjúkrahússins á þeim tíma, varð að telja að aðgerðin hefði verið framkvæmd alfarið á ábyrgð læknissins. Málinu er því vísað frá nefndinni.

Mál nr. 3/1999

I

A óskaði eftir áliti nefndarinnar á því hvort hún hefði orðið fyrir heilsutjóni vegna mistaka við meðhöndlun á fótbroti og/eða síðari aðgerðir á fæti hennar eða dráttar á viðeigandi meðferð. A var metin 75% öryrki vegna afleiðinga slyssins og kveðst hafa stöðugua verki í fætinum. Einnig var óskað eftir að nefndin leysti úr því hver bæri ábyrgði á heilsutjóni hennar og mæti hvort nauðsynlegt hefði verið að stífa fót við öklann. A óskaði enn fremur eftir að nefndin léti uppi álit á því hvort grundvöllur hefði stofnast fyrir kröfu um skaðabætur. Álit landlæknis lá fyrir í málinu.

A hlaut opið brot á sköflungi og sperrilegg hægri fótari árið 1990 og að lokinni aðgerð á fætinum var hann settur í gips. Á röntgenmynd sást að brotalega í tibia (sköflungi) var nánast anatomísk (líffærafræðilega rétt). Um það bil fimm mánuðum síðar sýndi röntgenmynd merki um óstöðugleika í brotakerfinu en A kvað skekkjuna hafa sést fyrir. Ákveðið var að leggja circulert (hringlaga) plastgöngustígvél og fjórum mánuðum síðar var fjarlægður nagli í sperrilegg til að reyna að flýta fyrir að brot gréri í sperrilegg.

Meðferð í gipsstígvéli hélt áfram næstu mánuði en smám saman kom í ljós aukin varusskekkja (skekkja in að miðlínu). Í apríl 1991 var ákveðið að framkvæma osteotomíu (beinskurð) í september s.á. Daginn eftir þá aðgerð kom í ljós væg anticurvations (mótbeygju) staða í brotinu en af röntgenmyndum var erfitt að dæma um snúningsskekkju. A var áfram í eftirliti og í ágúst 1992 var gerð rotations osteotomía (snúningsbeinskurður) distalt (fjarlægt) á tibia (sköflungi) með bein transplantati (beingræðlingi) frá crista (mjaðmarkambi).

II

Kvörtun A barst nefndinni þann 24. mars 1999. Nefndin óskaði eftir greinargerð frá Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri og barst hún þann 7. júní 1999. A var gefinn kostur á að koma að frekari athugasemdum og bárust þær þann 27. ágúst 1999. A mætti ásamt lögmanni sínum á fund nefndarinnar þann 2. september 1999. Upplýsingar um fundinn voru sendar fyrirvarsmönnum sjúkrahússins og þann 23. september bárust athugasemdir frá þeim.

III

Nefndin taldi ekkert í gögnum málsins benda til að mistök hefðu orðið við þá aðgerð sem framkvæmd var er A slasaðist. Röntgenmyndir sýndu að staða brotsins var mjög góð. A hélt því fram að ökkli hennar hefði verið stíffður í aðgerðinni en það virðist á misskilningi byggt.

Hægt gekk að fá góðan gróanda í brotið en þrátt fyrir að ýmsar aðferðir séu þekktar við meðhöndlun á broti eins og A varð fyrir taldi nefndin sig ekki geta fullyrt að önnur aðferð hefði flýtt fyrir því að brotið gréri enda þekkt að erfitt getur verið að fá góðan gróanda í brot á þessum stað. Nefndin taldi því ekki um að ræða mistök hjá starfsfólki sjúkrahússins við eftirmeðferð A.

Í ljós kom í mars árið 1992 að snúningsskekkja var á fætinum út á við um 40°. Nefndin taldi að fallast yrði á að sú skekkja yrði rakin til aðgerðarinnar sem fram fór í september 1991 og að orðið hefðu mistök við framkvæmd þeirrar aðgerðar. Í maí 1992 var ákveðið að reyna að laga skekkjuna og A sett á biðlista eftir aðgerð. Nokkuð dróst að aðgerðin yrði framkvæmd en nefndin taldi sig ekki geta tekið á því hver bæri ábyrgð á þeim vanda sem skapast vegna fjárþurrðar í heilbrigðiskerfinu, en ekki var talið víst að dráttur á aðgerð hefði dregið úr batahorfum A.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 30. september 1999 var eftirfarandi:

Nefndin taldi að ekki hefðu verið gerð mistök af hálfu starfsfólks sjúkrahússins við aðgerð þá er framkvæmd var eftir slysi A. Hins vegar taldi nefndin að mistök hefðu orðið í aðgerð sem fram fór 17. september 1991 og hefði því stofnast grundvöllur fyrir kröfu A um skaðabætur úr hendi Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri.

Mál nr. 5/1999

I

A kvartaði við nefndina yfir ófullnægjandi og/eðar rangri lækni meðferð við fæðingu sonar hennar B í september 1997. Óskað var eftir að nefndin mæti hvort heilsutjón B mætti rekja til rangrar meðferðar, mistaka, dráttar á viðeigandi meðferð eða annars sem viðkomandi sjúkrastofnun beri ábyrgð á. Einnig að nefndin mæti hver bæri ábyrgð á því sem úrskaiðis fór og hvort grundvöllur hefði stofnast fyrir skaðabótum. Álit landlæknis lá fyrir í málinu.

A gekk með sitt fyrsta barn og var í mæðraeftirliti á kvennadeild Landspítalans. Í mæðraská kom fram að hún hafði farið í keiluskurð árið 1995. A leitaði á deildina þann 6. september 1997, þá gengin 31 viku og einn dag, vegna þess að hún hafði blóðlitaða útferð. Hún var send heim eftir skoðun en kom aftur daginn eftir vegna gruns um farið legvatn. Við skoðun fannst einungis þunn útferð, en ekkert sem benti til að um legvatn væri að ræða þrátt fyrir prófanir. Þann 9. september leitaði A enn á sjúkrahúsið og kvartaði um leka um leggöng en við skoðun var allt talið eðlilegt.

Þann 10. september kom A á fæðingardeild Landspítalans kl. 14:25 með samdráttarverki á tveggja mínútna fresti. Gert var legvatnsstrok og varð legvatnspinninn svartur sem benti til að legvatn væri farið. Blóðrannsókn sýndi sýkingu. Gerð var ómskoðun sem sýndi fram á að legvatnið var nær allt farið en allt virtist eðlilegt m.a. skoðun á heilavef og höfði. Ákveðið var að láta A fæða eðlilega og var gefið hormónið oxytocin til að örva sóttina. Fæðingin gekk eðlilega fyrir sig og hélst hjartsláttarlínurit barnsins eðlilegt nema hvað aðeins hertist á hjartslættinum næstu klukkutíma eftir gangsetninguna. Ein stór dýfa varð sem varaði í 13 mín. en svo jafnaði hjartslátturinn sig og varð eðlilegur eftir það. Um 25 mín. áður en barnið fæddist fór að bera á breytilegum dýfum og 15 mín. fyrir fæðinguna fór að bera á hraðari hjartslætti. Útvíkkun legháls lauk kl. 21:15 og liðu um 20 mín. uns barnið fæddist. Ekki var hægt að lesa út úr síritanum síðustu 5 mín. áður en það fæddist en við fæðingu bar það merki um vægan súrefnisskort. Síðar kom í ljós að B hafði spastíska lömum og hreyfiþroski og hreyfigeta hans var ekki eðlileg. Ekki lágu fyrir gögn um andlegan þroska hans.

II

Kvörtun A barst nefndinni þann 17. maí 1999. Nefndin óskaði eftir greinargerð frá Ríkisspítölunum og barst hún þann 23. júní 1999. A var gefinn kostur á að koma að frekari athugasemdum og bárust þær þann 20. september 1999.

III

A kvartaði ítrekað yfir að legvatn væri að leka og var skoðuð af þremur fagaðilum á kvennadeild Landspítalans dagana fyrir fæðingu barnsins. Þegar hún kom í annað sinn og kvartaði yfir leka um leggöng var tekið sýni á legvatnspinna og gert strok til að kanna hvort legvatn myndist í leggöngunum, en svo var ekki. Í báðum skoðunum er þó getið um útferð. Hugsanlega hefði mátt skoða A betur þegar hún kom í þriðja sinn á deildina og kvartaði enn yfir legvatnsleka. Nefndin taldi þó ekki unnt að fullyrða að bein tengsl væru á milli þess að legvatn var farið fyrir fæðinguna og þeirrar fötlunar sem B varð fyrir. Ekki væri öruggt að fæðingin hefði verið sett fyrir af stað þrátt fyrir að uppgötvast hefði að legvatn væri farið.

B hafði spastíska lömun (stjarfalömun) sem rekja mátti til periventricular leukomalacia (vefmeyru í hvítu umhverfis heilahol). Þó að súrefnisskortur í fæðingu eða á öðrum tíma sé talinn tengjast þessum skemmdum þá getur verið um að ræða marga aðra áhættuþætti, s.s. fyrirburafæðingar, sóthita hjá móður eða sýkingar hjá móður. Af gögnum málsins verður ekki fullyrt um hvenær á meðgöngu eða við fæðingu barnið varð fyrir þessum skaða. Ekkert kom fram í gögnum málsins sem benti til þess að mistök hafi átt sér stað hjá starfsfólki sjúkrahússins við fæðingu B. Nefndin féllst ekki á það með lögmanni A að eðlilegt hefði verið að framkvæma keisaraskurð við þessar aðstæður. Slíkt hefði valdið aukinni hættu fyrir móðurina vegna sýkingarinnar og þeirrar almennu hættu sem fylgir skurðaðgerðum.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 11. nóvember 1999 var eftirfarandi:

Nefndin taldi að hugsanlega hefði mátt skoða A betur þegar hún leitaði í þriðja sinn á spítalann og kvartaði yfir leka um leggöng. Nefndin taldi þó ekki hægt að fullyrða um bein tengsl á milli þess tjóns sem B varð fyrir og þess að legvatn var farið fyrir fæðinguna.

Nefndin taldi ekkert í framkomnum gögnum benda til að starfsfólki spítalans hefði orðið á mistök við fæðingu B og féllst ekki á þá skoðun að eðlilegt hefði verið að framkvæma keisararskurð við þessar aðstæður. Nefndin taldi því að ekki hafi stofnast grundvöllur fyrir skaðabótaskyldu hjá Ríkisspítölunum.

Mál nr. 6/1999

I

A kvartaði við nefndina yfir greiningu á áverkum hennar á Sjúkrahúsinu í Keflavík

eftir að hún féll í malarnámu þann 31. desember 1985 og eftirfarandi skorti á eðlilegri læknismeðferð. Einnig kvartaði A yfir að ekki hafi verið sinnt upplýsingaskyldu gagnvart henni um eigin áverka. A taldi að greining á áverkum hennar hefði verið röng og því hefði hún ekki fengið viðhlítandi læknismeðferð. Henni hafi verið ráðlagt að fara í sjúkrahjálfun og það hafi hún gert en taldi að það hafi að öllum líkindum haft neikvæð áhrif á áverka hennar og leitt til þess að bati tók lengri tíma en ella. A taldi þetta hafa valdið henni varanlegu tjóni. Hún væri metin með örorku sem hún taldi að hugsanlega hefði verið hægt að komast hjá, a.m.k. að hluta, með réttri meðferð í byrjun. A taldi að Sjúkrahúsið í Keflavík hefði valdið henni skaðabótaskyldu tjóni með læknismeðferðinni eftir slysið. A fór fram á að nefndin mæti hvort hún hefði orðið fyrir heilsutjóni vegna læknismeðferðar á Sjúkrahúsi Keflavíkur vegna ofangreinds slyss og tæki afstöðu til þess hver bæri ábyrgð á tjóni hennar ásamt því að gefa álit á því hvort grundvöllur hefði stofnast fyrir greiðslu skaðabóta til hennar.

Í svari frá Heilbrigðisstofnun Suðurnesja var fallist á að brotið hefði ekki verið rétt greint í upphafi og að stuðningsbelti hefði hugsanlega dregið úr verkjum fyrstu vikunnar eftir slysið. Ekki var fallist á að notkun þess hefði breytt einhverju varðandi fleygun á T12 sem sást á röntgenmynd þann 18. maí 1997 né varðandi langtímaafleiðingar slyssins. Var talið að bakverkir A yrðu mun betur skýrðir af slitbreytingum sem fram komu við TS rannsókn þann 26. september 1994 af L3 niður að sacrum en slíkt slit verði ekki rakið til vanmeðhöndlunar á fleygun T12. Álit landlæknis lá fyrir í málinu.

A féll aftur fyrir sig niður í opna malarnámu. Hún bar fyrir sig hægri hendi og lenti á hendinni, sitjandanum og hægra fæti. Hún kvaðst hafa meiðst í baki og sitjanda við fallið. Hún leitaði þá þegar á Sjúkrahúsið í Keflavík en var send heim að lokinni læknisskoðun með ráðleggingu um að fara í sjúkrahjálfun.

Þann 2. janúar 1986 leitaði A aftur til sjúkrahússins og var þá tekin röntgenmynd. Myndin náði yfir svæðið column lumbo-sacralis (lenda- og spjaldliði hryggsúlu), rófubein og pelvis (mjaðmagrind). Í ljós kom að svöltil totumyndun var byrjuð á liðbolum lumballiða (lendaliða) og að relativ (hlutfallsleg) þrenging var á liðbilinu L4-L5. Liðbilið var þrengra vinstra megin en hægra megin. Ekki sást brot í lumbal (lenda) hrygg né mjaðmarbeinum. Hliðarmynd var talin geta gefið til kynna sprungu á einum til tveimur stöðum. Ekki var talið hægt að fullyrða að um brot væri að ræða né heldur útiloka það. A kvaðst hafa verið send heim eftir röntgenmyndatökuna og að henni hefði verið sagt að ekkert hafi sést á myndunum.

Eftir að hafa verið með miklar kvalir í mjóbaki og spjaldhryggssvæðinu í þrjá daga óskaði A eftir að vera lögð inn á sjúkrahúsið en var hafnað. Henni var áfram ráðlagt að fara í sjúkrahjálfun og fór hún eftir þeim ráðleggingum en fannst það ekki verða til að bæta líðan hennar.

Þann 3. febrúar 1986 leitaði A til læknis á St. Jósefsspítala. Ekkert fannst við skoðun nema talsverð eymsli við palpation (þreifingu) á blöðru. Einnig hafði hún helaumt þykkildi í hægra brjósti sem sennilega var hematoma (margúll) eftir högg eða bylту. Þann 7. maí 1987 leitaði A til sérfræðings í bæklunarsjúkdómum og var hún send í röntgenrannsókn þann 18. maí 1987 á St. Jósefsspítalanum. Í þeirri rannsókn kom í ljós svolítill fleygun á corpus Th 12 (liðbol 12. brjóstliðs) sem talin er geta verið eftir umræddan áverka. Eftir þetta var A ráðlagt að nota stuðningsbelti. A leitaði áfram til umrædds læknis fram á sumar 1988 aðallega vegna vandamála frá þvagblöðru.

Þegar A var skoðuð þann 16. september 1994 kveðst hún enn vera með bakverki sem leiði niður í báða fætur auk þess sem hún sé slæm í hálsliðum. Hún þoli ekki setur né langar stöður. Hún var þá send í TS myndatöku (sneiðmyndatöku) af lendarhrygg og sacrum (spjaldbeini). Niðurstaða úr þeim var að ekki væri að sjá brot eða misfelli í sjálfu sacrum (spjaldbeini) en hins vegar slitbreytingar í sacroiliaca liðum (spjald- og mjaðmaliðum) beggja vegna. Talsverðar facettuliða (liðflata) slitbreytingar í hryggnum án þess þó að valda teljandi deformiteti (aflögun) eða þrengingu á mænugangi.

Í læknisvottorði þann 30. október 1997 kemur fram að A kveðst vera úthaldslítill í baki, þola illa langar stöður og setur, auk þess sem bílferðir séu erfiðar. Hún hafi einnig átt í erfiðleikum vegna tíðra þvagfærasýkinga sem geti komið heim og saman við áverka á taugarætur við spjaldbein. Einnig nokkur dyspareunia (ópægindi við kynmök) sem rakin er til þessa áfalls. Telur læknirinn því að A hafi orðið fyrir verulegum bakáverka sem felist í samfallsbroti á 12. brjóstlið og taugaskemmdum á spjaldhryggssvæði.

II

Kvörtun A barst nefndinni þann 19. maí 1999. Nefndin óskaði eftir greinargerð frá Heilbrigðisstofnun Suðurnesja og barst hún þann 8. nóvember 1999. A var gefinn frestur til að koma að frekari athugasemdum.

III

A leitaði til Sjúkrahúss Keflavíkur eftir að slysið átti sér stað og aftur þann 2. janúar 1986. Tekin var röntgenmynd af columna lumbo-sacralis (lenda- og spjaldliðum hryggsúlu), rófubeini og pelvis (mjaðmagrind), sem sýndi ekki með fullnægjandi hætti hvort um brot væri að ræða eða ekki. Þremur dögum síðar leitaði hún enn á sjúkrahúsið vegna mikilla kvala í mjóbaki og fékk þær ráðleggingar að fara í sjúkrahjálfun. Nefndin taldi ljóst að áverki A var ekki nægilega vel greindur í upphafi og var ástæða til að gera frekari rannsóknir þar sem A leitaði ítrekað til sjúkrahússins og röntgenmynd sem tekin var 2. janúar 1986 skar ekki úr um hvort um brot væri að ræða. Ekki var tekin mynd af brjósthrygg A á Sjúkrahúsi

Keflavíkur.

Rétt greining í upphafi hefði hugsanlega dregið nokkuð úr þjáningum A, sérstaklega fyrstu vikurnar eftir slysið þar sem hún hefði að öllum líkindum verið sett í stuðningsbelti. Nefndin taldi þó að notkun stuðningsbeltis hefði ekki haft afgerandi áhrif varðandi bata A til lengri tíma litið. Ljóst er að A þjáist enn þann dag í dag af bakverkjum en þeir verða ekki að öllu leyti raktir til þess slyss sem hún varð fyrir þann 31. desember 1985 heldur einnig til slitbreytinga sem átt hafa sér stað í sacroiliaca liðum (spjald- og mjaðmaliðum) beggja vegna sacrum (spjaldbeins).

Nefndin taldi sig ekki hafa forsendur til að meta hugsanlega skaðabótaskyldu Heilbrigðisstofnunar Suðurnesja vegna þess að áverki A var ekki rétt greindur í upphafi.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 2. desember 1999 var eftirfarandi:

Nefndin taldi ámælisvert að ekki voru gerðar frekari rannsóknir á A eftir slysið til að ganga úr skugga um hvort um brot væri að ræða. Nefndin taldi þó að ekki væri hægt að fullyrða að röng greining í upphafi hefði haft mikil áhrif á bata A til lengri tíma litið. Nefndin taldi sig ekki hafa forsendur til að meta hugsanlega bótaskyldu Heilbrigðisstofnunar Suðurnesja.

Mál nr. 7/1999

I

A óskaði eftir álitni nefndarinnar vegna aðgerðar sem hún gekkst undir á Landakoti árið 1996 vegna hnéskeljar sem vildi skreppa úr liði. A var ósátt við að vera ekki lögð inn á endurhæfingardeild og sett í stranga sjúkraþjálfun. Hún kveðst vera með skerta hreyfigetu í hnénu, hún sé ekki meiri en 50 til 70 gráður, hún gangi hölt og sé með kvalir í hnénu og mjöðmunum.

A hafði haft einkenni frá báðum hnjám frá unga aldri og gengist undir margar aðgerðir vegna brjóskeyru og tilhneigingar til liðhups á hnéskel á vinstra fæti. Í maí 1993 var gerð liðspeglun á hægra hné og snyrting á brjóski á hnéskelinni en hún hafði þá haft vaxandi einkenni í þrjú ár. Liðpokinn var stytur að innanverðu og styrktur. Í aðgerðinni sem gekk eðlilega fyrir sig var staðfest brjóskeyra.

Við eftirlit í júní 1996 leit sárið vel út og mánuði síðar var talið að capsuluplastikin (liðpokaadgerðin) og styrkingin væri það vel gróin að hægt væri að taka hnéd úr

gipsumbúðum og byrja æfingar. A gat þá rétt úr hnénu, en einungis beygt um 15°, og þar sem talið var rétt að styrkja fótinn var hún send í sjúkraþjálfun. Við eftirlit þann 6. september s.á. náði hún ekki að beygja nema 45° þrátt fyrir að hafa verið í sjúkraþjálfun í tvo mánuði. Var því ákveðið að spegla hnéð og kom í ljós liðþelsbólga í hné, samvextir og brjóskmeyra á hnéskel. Sjúkraþjálfun var haldið áfram en A leitaði til læknis utan sjúkrahússins og var gerð aðgerð á hnénu í október 1996 þar sem liðþoki utanvert við hnéskel var klofinn. A var síðan svæfð nokkrum sinnum og hnéð beygt í 120° en hún hefur þó áfram skerta hreyfigetu í hnénu.

II

Kvörtun A barst nefndinni þann 20. maí 1999. Nefndin óskaði eftir greinargerð frá Sjúkrahúsi Reykjavíkur og barst hún þann 13. september 1999. A var gefin kostur á að koma að athugasemdum og bárust þær þann 27. október 1999.

III

Nefndin taldi ljóst að A hefði ekki náð þeim bata sem vonast var til fyrir aðgerðina og hugsanlegt að gigtarsjúkdómur sá er hafði hrjáð hana frá því hún var unglingur hafi haft áhrif á bata hennar. Nefndin taldi ekkert í gögnum málsins sýna fram á að mistök hefðu orðið við framkvæmd aðgerðarinnar né í eftirmerðferð eftir hana. Nefndin taldi ekki hægt að fullyrða að bati A hefði orðið betri ef hún hefði verið lögð inn á endurhæfingardeild í september 1996 og sett í strangari sjúkraþjálfun.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 11. nóvember 1999 var eftirfarandi:

Nefndin taldi ekkert í framlögðum gögnum málsins benda til að mistök hefðu átt sér stað af hálfu starfsfólks Sjúkrahúss Reykjavíkur við framkvæmd aðgerðarinnar né við eftirmerðferð eftir hana. Nefndin taldi því ekki um að ræða bótaskyldu hjá sjúkrahúsinu.