

Álitsgerðir ágreiningsmálanefndar 2000 og 2001

Ágreiningsmál er rísa vegna samskipta almennings
og heilbrigðisþjónustunnar

Júní 2004

Formáli

Hér birtist þriðja skýrsla nefndar um ágreiningsmál samkvæmt 5. mgr. 3. gr. laga nr. 97/1990 um heilbrigðisþjónustu með útdráttum úr álitsgerðum nefndarinnar á árunum 2000 og 2001.

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 er á vefsíðu ráðuneytisins, en nefndarmenn eru þeir sömu og þá svo og ritari nefndarinnar Feldís Lilja Óskarsdóttir lögfræðingur. Önnur skýrsla nefndarinnar kom út á árinu 2001 og er einnig birt á vefsíðu ráðuneytisins.

Birtir eru útdrættir úr 15 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. Einn nefndarmanna, Guðmundur Pétursson læknir, hefur 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. Ritsjóri Magnús Snædal cand. mag. Kunna aðrir nefndarmenn Guðmundi bestu þakkir fyrir.

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

Reykjavík, 3. júní 2004

Rúnar Guðjónsson
Kristín Björnsdóttir
Guðmundur Pétursson

Álitsgerðir nefndarinnar árið 2000.

8/1999

I

A leitaði álits nefndarinnar vegna aðgerðar er hún gekkst undir á Sjúkrahúsi Reykjavíkur árið 1996 vegna æðaprengsla í hálsæðum. Í aðgerð þar sem framkvæmd var vinstri carotis endarterectomia (stíflubrottnám úr vinstri hálsslagæð), skarst nervus hypoglossus (neðantungutaug) í sundur. Taugin var sett saman aftur en ljóst þótti að A hefði orðið fyrir varanlegum skaða vegna þessa, varð þvoglumælt og þreyttist við að tala. Máttleysi í tungu og kinn olli því að henni hætti til að slefa og vegna lömunar á tungu átti hún erfitt með að borða, sérstaklega að kyngja mat.

II

Kvörtun A barst nefndinni þann 13. júlí 1999. Nefndin óskaði eftir greinargerð frá Sjúkrahúsi Reykjavíkur og barst hún þann 13. ágúst 1999 ásamt sjúkraskrá. A var gefinn kostur á að koma að frekari athugasemdum og bárust þær 27. september 1999 og 8. nóvember 1999.

III

Nefndin taldi óumdeilt að A hefði orðið fyrir varanlegum skaða í aðgerðinni en um það væri deilt hvort slíkur skaði væri þekktur fylgikvilli með aðgerðum sem þessari eða hvort mistök hefðu orðið við aðgerðina. Um var að ræða mjög flókna aðgerð þar sem svæðið var viðkvæmt og um talsverðan breytileika í legu tauga gat verið að ræða. Algengt væri að taugar sködduðust enda erfitt að koma í veg fyrir slíkt á þessu svæði. Ekki væri þó algengt að taugar væru teknar í sundur en þess fyndust dæmi. Nefndin taldi, í ljósi þess um hversu flókna aðgerð var að ræða, yrði að telja að um óhappatilvik væri að ræða sem gæti hent þrátt fyrir að sýnd væri sú aðgát sem ætlast mætti til. Ljóst var að nauðsynlegt var fyrir A að gangast undir umrædda aðgerð þar sem annars hefði getað lokast fyrir blóðstreymi til heila. Einnig taldi nefndin að rétt hefði verið brugðist við þegar í ljós kom að taugin hafði skorist í sundur.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 6. janúar 2000 var eftirfarandi:

Nefndin féllst ekki á að bótaskyld mistök hefðu orðið við framkvæmd aðgerðar á A. Nefndin taldi því ekki um að ræða bótaskyldu hjá Sjúkrahúsi Reykjavíkur vegna þess skaða sem A varð fyrir.

9/1999

I

A óskaði eftir áliti nefndarinnar á því hvort mistök eða gáleysi starfsmanns St. Jósefsspítala hefðu valdið því að þvagleiðarar skárust í sundur þegar ákveðið var við kviðarspeglun árið 1998 að klippa á samgróninga. A hafði gengist undir aðgerðir á þvagleiðurum vegna þrálátra þvagfærasýkinga og bakflæðis þegar hún var barn. Þegar

A vaknaði eftir kviðarspeglunina fann hún fyrir miklum verkjum í neðanverðu kviðarholi sem breiddust smám saman út um kviðinn. A var lögð inn, bráðainnlögn, á Landspítalann þar sem tekin var tölvusneiðmynd af kviðarholi er leiddi í ljós að hægri þvagleiðari var í sundur og að blóð stóð í þeim vinstri. A var tekin til bráðaaðgerðar þar sem tókst að græða þvagleiðara á nýjan stað og settir voru plastleggir í þvagleiðarana. A þjáðist af verkjum eftir aðgerðina auk tíðra þvagfærasýkinga.

II

Kvörtun A barst nefndinni þann 26. júlí 1999. Óskað var eftir greinargerð frá St. Jósefsspítala og barst hún þann 18. desember 1999. A var gefinn kostur á að koma að frekari athugasemdum en engar frekari athugasemdir bárust.

III

Nefndin taldi ljóst að þvagleiðarar A gátu legið óvenjulega vegna þeirra þvagfærðaaðgerða er A hafði áður gengist undir. Er samgróningar komu í ljós mat læknir stöðuna svo að óhætt væri að klippa þá án þess að hætta væri á að skaða þvagleiðarana. Nefndin taldi að læknirinn hefði sýnt þá auknu aðgæslu sem mátti gera kröfu um í umræddu tilviki og því hvorki um að ræða mistök né gáleysi af hans hálfu. Staða þvagleiðaranna hafi verið það óvenjuleg að ekki var hægt að ætlast til að læknirinn sæi hana fyrir. Því var talið um óhappatilvik að ræða. Nefndin taldi að rétt hefði verið brugðist við eftir að í ljós kom að A fann fyrir miklum verkjum í kviðarholinu eftir aðgerðina.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 2. mars 1999 var eftirfarandi:

Nefndin taldi ekki hafa orðið mistök við aðgerðina af hálfu starfsfólks St. Jósefsspítala né að læknir sá er framkvæmdi aðgerðina hefði sýnt af sér gáleysi. Staða þvagleiðaranna hafi verið það óvenjuleg að starfsfólk sjúkrahússins hafi ekki getað séð hana fyrir.

10/1999

I

A lenti í alvarlegu bílslysi og hlaut m.a. brot á vinstra lærlegg. Eftir að brotið gréri kom í ljós að vinstri ganglimur hans mældist 5 cm styttri en sá hægri og olli það honum verulegum óþægindum. Var því framkvæmd styttingarosteotomia (beinskurður til styttingar) á hægri ganglim á Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri árið 1992 þar sem fjarlægður var 4 1/2 cm langur biti frá hægri femur (lærlegg) og neglt með mergnagla. Fyrst var rekinn inn leiðari og síðan nagli. Leiðarinn átti að ganga til baka þegar naglinn var rekinn í en í staðinn gekk hann niður í merghol lærleggsins, í gegnum lærlegginn í hnéliðnum, niður í sköflunginn og út um hann. Við þetta varð blæðing í hné og sprunga kom í lateral hluta á femur distalt við osteotomiuna (hliðlægt í lærlegg neðan við beinskurðinn). A taldi að starfsfólk sjúkrahússins hefði ekki sýnt nægilega aðgæslu við aðgerðina né beitt réttum aðferðum.

II

Kvörtun A barst nefndinni þann 6. ágúst 1999. Óskað var eftir greinargerð frá Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri er barst 8. október 1999. A var gefinn kostur á að koma að frekari athugasemdum og bárust þær þann 23. nóvember 1999.

III

Nefndin taldi að rétt hefði verið staðið að styttingunni á fætinum og ekki hafi komið í ljós fyrr en naglinn var kominn nær alla leið niður að leiðarinn væri á rangri leið. Var því ekki hægt að forða því að leiðarinn færi í gegnum hnjálið A. Ekki var talið um að ræða mistök hjá starfsfólki sjúkrahússins heldur um að ræða þekktan fylgikvilla með mergneglingum sem séu mjög erfiðar aðgerðir. Nefndin taldi að rétt hefði verið brugðist við þegar í ljós kom að leiðarinn gekk niður. Æskilegt væri að fleiri en einn læknir væru viðstaddir slíka aðgerð og í tilviki A voru tveir aðstoðarlæknar viðstaddir. Var ekki talið nauðsynlegt að fleiri læknar með reynslu af slíkum aðgerðum væru viðstaddir. Nefndin taldi ljóst að rekja mætti verki og óþægindi A að einhverju leyti til þess hvernig til tókst með aðgerðina en þó ekki alfarið því hann hafði verki áður vegna þess að fætarnir voru mislangir.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 2. mars 2000 var eftirfarandi:

Nefndin taldi að ekki hefðu orðið mistök hjá starfsfólki sjúkrahússins heldur væri um að ræða þekktan fylgikvilla með slíkum aðgerðum. Nefndin taldi að rekja mætti verki og óþægindi A að hluta til þess hvernig til tókst með aðgerðina. Nefndin taldi nægilegt að tveir aðstoðarlæknar væru viðstaddir aðgerðina.

11/1999

I

A óskaði eftir áliti nefndarinnar á því hvort orðið hefðu mistök við meðferð föður hennar B á Heilbrigðisstofnun Vestmannaeyja árið 1998 og hvort læknar þeir er hlut áttu að máli hefðu gerst sekir um vanrækslu í starfi sem leiddi til þess að faðir hennar lést fyrir aldur fram. B leitaði til Heilsugæslustöðvar Vestmannaeyja þar sem hann hafði verki í maga sem leiddu út í handlegg og bak. Hann hafði áður fengið brjóstsviða og magabólgur og taldi hann sjálfur að verkirnir væru svipaðir. Heilsugæslulæknir gaf honum sýruhemjandi lyf og ráðlagði honum að hætta að drekka kaffi. Næsta dag var hann enn þjáður, kastaði upp og var í svitakófi. Eiginkona B hringdi um kl. 20:50 á sjúkrahúsið og sagði hann vera móðan og illa haldinn. Henni var sagt að koma með hann á sjúkrahúsið kl. 22:00. Um hálf tíma áður kallaði hún eftir sjúkrabíl. Við komu á sjúkrahúsið var hann kaldsveittur og lafmóður og lést skömmu síðar. Var banameinið talið brátt hjartadrep.

II

Kvörtun A barst nefndinni þann 23. ágúst 1999. Óskað var eftir greinargerð frá Heilbrigðisstofnun Vestmannaeyja er barst 9. desember 1999. A var gefinn kostur á að koma að frekari athugasemdum en engar frekari athugasemdir bárust. Nefndin kallaði eftir frekari gögnum frá landlækni í febrúar 2000.

III

Nefndin taldi að með tilliti til sjúkrasögu B hefði lækni þeim er leitað var til borið að rannsaka hann betur. Ekkert í gögnum málsins benti til að líkamsskoðun hafi farið fram og taldi nefndin það ámælisvert. Vakthafandi læknir á Sjúkrahúsi Vestmannaeyja tók ekki þegar á móti honum er leitað var til sjúkrahússins heldur mælti sér mót við hann klukkutíma síðar þrátt fyrir þá lýsingu er gefin var af ástandi hans. Taldi nefndin þetta óforsvaranlegt, en þó ekki unnt að fullyrða um hvort unnt hefði verið að bjarga lífi hans ef brugðist hefði verið fyrr við.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 2. mars 2000 var eftirfarandi:

Nefndin taldi að mistök hefðu verið gerð við meðferð B þar sem hann hafi ekki verið skoðaður sem skyldi er hann leitaði á heilsugæslustöðina og að vakthafandi læknir á sjúkrahúsinu hefði ekki brugðist nægilega brátt við er þangað var leitað. Nefndin taldi þó ekki unnt að fullyrða um hvort unnt hefði verið að bjarga lífi hans með skjótari viðbrögðum og ítarlegri rannsókn.

12/1999

I

A leitaði til nefndarinnar vegna geðrannsóknar er framkvæmd var að ósk lögreglunnar í Reykjavík árið 1997. A óskaði áhlits á því hvort geðlæknir er framkvæmdi rannsóknina hefði sýnt fagleg og vönduð vinnubrögð við rannsóknina. Taldi A m.a. fullyrðingu læknisins um að hann hefði veitt honum aðgang að sjúkraskrá hans ranga og óskaði eftir áhliti á því hver bæri ábyrgð á því að sjúkraskrá hans var dreift.

II

Kvörtunin barst nefndinni þann 23. september 1999 og ítrekun barst frá A þann 20. desember 1999. Þann 22. desember 1999 var áhlitsbeiðanda send staðfesting á að málið væri til umfjöllunar hjá nefndinni.

II

Niðurstaða nefndarinnar þann 6. janúar 2000 var eftirfarandi:

Umrædd rannsókn var framkvæmd af sjálfstætt starfandi geðlækni og með vísan til áhlits umboðsmanns Alþingis, í máli nr. 1999/1997, um að það falli utan starfssviðs nefndarinnar að fjalla um kvartanir yfir störfum sjálfstætt starfandi lækna, var málinu vísað frá nefndinni. Umfjöllun um málið dróst vegna starfsanna nefndarmanna.

13/1999

I

A óskaði eftir því að nefndin tæki afstöðu til þess hvort mistök hefðu orðið til þess að mjúkt gúmmídren (Penrose) varð eftir í líkama hennar. Kvörtunum hennar um lasleika hafi ekki verið sinnt og því hafi hún þjáðst af verkjum á meðan aðskotahluturinn var í líkama hennar. A gekkst undir aðgerð á Landspítalanum í mars

1995. Sýking kom í skurðsárið og þar sem sýklalyf í æð bar ekki fullnægjandi árangur var skurðsárið opnað og hreinsað og sett inn mjúkt gúmmídren (Penrose). Þrátt fyrir sýklalyf kom gröftur í sárið og eftir að það hafði verið hreinsað var lagt inn tvöfalt Penrose-dren sem saumað var fast við húðina. Nokkru síðar var A orðin hitalaus og sýklalyfjagjöf því hætt og hún útskrifuð. Annað drenið virtist hafa losnað af sjálfu sér en hitt drenið var stytt nokkuð. Sárið lokaðist ekki og við röntgenmynd í júní 1995 kom í ljós að 10 cm langt Penrose-dren var eftir í líkama hennar.

II

Kvörtun A barst nefndinni þann 1. október 1999. Óskað var eftir greinargerð frá Ríkisspítölunum og barst hún þann 23. desember 1999. A var gefinn kostur á að koma að frekari athugasemdum og bárust þær þann 4. maí 2000.

III

Nefndin taldi að gera yrði þá kröfu til starfsfólks heilbrigðisstofnana að eftirlit væri það gott að ekki væri mögulegt að aðskotahlutir yrðu eftir í líkama sjúklings. Taldi nefndin því mistök hafa orðið er dren varð eftir í líkama A og ljóst að þjáningar hennar eftir aðgerðina urðu vegna þessa meiri en ella. Nefndin taldi hins vegar ekki unnt að fullyrða um að hve miklu leyti varanlegt heilsutjón A mætti rekja til þeirra mistaka og að hve miklu leyti það stafaði af slæmu heilsufari A að öðru leyti og þeim aðgerðum er hún þurfti að gangast undir.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 25. maí 2000 var eftirfarandi:

Nefndin taldi að mistök hefðu orðið hjá starfsfólki Landspítalans þegar dren varð eftir í líkama A sem Ríkisspítalarnir bæru skaðabótaábyrgð á. Nefndin taldi þetta hafa valdið A auknum þjáningum en ekki væri hægt að fullyrða um að hve miklu leyti þetta hafi valdið A varanlegu heilsutjóni.

14/1999

I

A óskaði eftir áliti nefndarinnar á því hvort hann hefði verið upplýstur með fullnægjandi hætti um hugsanlegar afleiðingar aðgerðar er hann gekkst undir á Landspítalanum árið 1993, hvort eðlilegt hefði verið að viðhafa sérstakar ráðstafanir þar sem A hafði snert af sykursýki, hvort mistök hefðu orðið við aðgerðina og hvort mistök hefðu leitt til þess að ekki tókst að koma í veg fyrir kviðslit er hrjáði A eftir aðgerðina. A gekkst undir hjartaaðgerð er gekk vel fyrir sig, en nokkru síðar fór A að fá verkjaseyðing undir bringubein er reyndist stafa af kviðsliti neðst í skurðinum. Nokkrar aðgerðir voru framkvæmdar til að laga það en tókst ekki, fyrr en í aðgerð þrem árum síðar, að laga það að fullu. A var lengi óvinnufær eftir hjartaaðgerðina vegna óþæginda í bringuskurði og endurtekens kviðslits.

II

Kvörtun A barst nefndinni þann 3. nóvember 1999. Óskað var eftir greinargerð frá Ríkisspítölunum og barst hún þann 24. janúar 2000. A var gefinn kostur á að koma að frekari athugasemdum og bárust þær þann 18. ágúst 2000.

III

Nefndin taldi að A hefði verið upplýstur með eðlilegum hætti um hugsanlegar afleiðingar aðgerðarinnar eins og tíðkaðist á þeim tíma er aðgerðin var framkvæmd. Ekki kom fram í gögnum málsins að hann hefði verið upplýstur um hættu á kviðsliti í skurðsárinu eða aðra þá áhættuþætti er voru til staðar vegna holdafars hans, en nefndin taldi það ekki ámælisvert. Ljóst þótti að A varð að gangast undir aðgerðina og ekki urðu mistök við aðgerðina né undirbúning undir hana. Kviðslit væri þekktur fylgikvilli eftir hjartaaðgerðir og þekkt að erfitt geti verið að lagfæra slíkt. Taldi nefndin því ekki um að ræða mistök þó árangur af aðgerðunum yrði ekki eins og til var ætlast. Nefndin taldi ekki hafa verið ástæðu til að viðhafa sérstakar ráðstafanir þrátt fyrir að A hefði haft snert af sykursýki.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 5. október 2000 var eftirfarandi:

Nefndin taldi ekki um að ræða mistök hjá starfsfólki sjúkrahússins við framkvæmd aðgerðarinnar né undirbúning undir hana. Nefndin taldi að upplýsingar til A hefðu verið í samræmi við það sem tíðkaðist á þeim tíma og ekki ámælisvert þó A hefði ekki verið upplýstur sérstaklega um þá áhættuþætti er voru vegna vaxtarlags hans. Nefndin taldi ekki hafa orðið mistök við aðgerðir til að lagfæra kviðslit A þrátt fyrir að árangur af þeim hafi ekki orðið eins og til stóð.

15/1999

I

A óskaði eftir álitni nefndarinnar á því hvort mistök hefðu átt sér stað er gallblaðra hennar var fjarlægð á Landspítalanum árið 1991. Taldi lögmaður A Landspítalann bera sönnunarbyrði fyrir því hvort mistök hefðu átt sér stað þar sem ekki var bókað um áverka á rif í aðgerðarlýsingu. Samkvæmt aðgerðarlýsingu gekk aðgerðin vel fyrir sig að öðru leyti en því að smá rifa kom á lobus Quadratus (ferningsblað) lifrar frá Diver haka sem notaður var til að lyfta rifjaboga upp og var þeirri rifu lokað með smá bita af lífhimnu sem saumað var yfir. Eftir aðgerðina kvartaði A yfir miklum óþægindum vegna verkja í hægri rifjaboga og rifjum. Í aðgerð rúmu ári eftir gallblöðrutökuna kom í ljós að endinn á 11. rífi hægra megin var bögglaður og beygður og að rífið hafði greinilega losnað frá rifjaboganum og stungist inn í hold og upp undir rifjabarð. Fjarlægðir voru um það bil 10 cm af rifjaendanum og virtist aðgerðin draga nokkuð úr verkjum A. Ári síðar var gerð aðgerð þar sem 10. rif var fjarlægt með meðfylgjandi brjóski þar sem það var laust frá rifjaboga. Þrátt fyrir þetta taldi A sig ekki losna að fullu við verkina.

II

Kvörtun A barst nefndinni þann 6. desember 1999. Óskað var eftir greinargerð frá Ríkisspítölunum og barst hún þann 29. febrúar 2000. A var gefinn kostur á að koma að frekari athugasemdum og bárust þær þann 20. mars 2000.

III

Nefndin taldi langlíklegast að áverki á rífi og brjóski því tengdu hefði orðið við gallblöðrutökuna. Beita hefði þurft nokkru afli til að lyfta rifjaboga nægilega frá aðgerðarsvæði og því hætta á áverkum til staðar. Erfitt væri að meta eftir á hvort óþarflega miklu afli hefði verið beitt í aðgerðinni en nefndin taldi ekkert hafa komið fram í gögnum málsins sem benti til að starfsfólki spítalans hefðu orðið á mistök.

Nefndin taldi ámælisvert að ekki var getið um það í sjúkraskrá að áverki varð á rifjum A en starfsmenn sjúkrahússins hafi hlotið að verða þess varir þar sem beitt var millirifjadeyfingu í lok aðgerðar. Hins vegar féllst nefndin ekki á að slík yfirsjón við skráningu í sjúkraskrá leiddi ein út af fyrir sig til þess að sjúkrahúsið bæri sönnunarbyrðina. Nefndin mæti það sjálfstætt, af öllum fyrirbyggjandi gögnum hverju sinni, hvort hún teldi að starfsmönnum í heilbrigðisþjónustu hefðu orðið á mistök í starfi sínu.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 14. september 2000 var eftirfarandi:

Nefndin taldi ekki um að ræða mistök hjá starfsfólki sjúkrahússins þrátt fyrir að áverki hefði orðið á rifjaboga A heldur um að ræða fylgivandamál aðgerðar. Nefndin taldi ámælisvert að ekki var getið um það í sjúkraskrá að áverki varð á rifjaboga A.

1/2000

I

A óskaði eftir áliti nefndarinnar vegna greiningar og meðferðar hans á Sjúkrahúsi Reykjavíkur og vegna vefjagreiningar er framkvæmd var á Rannsóknarstofu Háskólans í meinafræði. A, sem var söngvari, leitaði til læknis á Sjúkrahúsi Reykjavíkur árið 1994, þar sem rödd hans hljómaði ekki eðlilega á hæsta sviði. Honum var ráðlagt að anda að sér steraúða og settur á bólgueyðandi lyf. A lagaðist ekki og var ráðlagt að hvíla sig frá söng og síðan að þegja alveg í einn mánuð. Þar sem A versnaði enn var tekin mynd er sýndi minnkaða hreyfingu á hægri raddbandi og gekkst hann undir lyfjameðferð vegna þessa. Eftir að A hafði leitað til læknis í Danmörku er taldi um að ræða lamað raddband, króníska bólgu og grun um flöguþekjukrabbamein, var tekið sýni og það sent í rannsókn en ekki fékkst staðfestur grunur um krabbamein. Sýnataka var síðan endurtekin skömmu síðar en ekki kom annað í ljós en bólgu. A hélt áfram að versna og haustið 1996 fékk hann bólgu eða hnút á barkakýlið. Við segulómun fannst æxli og í sýni úr æxlinu kom í ljós flöguþekjukrabbamein. Gekkst A þá undir meðferð með geislum, en er í ljós kom krabbamein við endurskoðun á fyrri sýnum var meðferðinni breytt og barki A fjarlægður með skurðaðgerð í febrúar 1997.

II

Kvörtun A barst nefndinni þann 5. apríl 2000. Óskað var eftir greinargerð frá Landspítalanum – háskólasjúkrahúsi og barst hún þann 4. október 2000. A var gefinn kostur á að koma að frekari athugasemdum og bárust þær þann 5. október 2000.

III

Nefndin taldi að mistök hefðu orðið hjá Rannsóknarstofu Háskólans í meinafræði að kveða ekki sterkara að orði í niðurstöðu vefjarannsóknar. Nefndin taldi hins vegar ekki um að ræða mistök hjá starfsfólki sjúkrahússins þar sem grunur um krabbamein fékkst ekki staðfestur í þeim fjölmörgu rannsóknum er A var látinn gangast undir. Ljóst þótti að mistök við greininguna ollu verulegri seinkun á meðferð hans. Nefndin taldi þó ekki unnt að fullyrða að hægt hefði verið að koma í veg fyrir brotnám barkakýlis A þó krabbameinið hefði greinst fyrir.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 5. október 2000 var eftirfarandi:

Nefndin taldi að mistök hefðu orðið hjá Rannsóknarstofu Háskólans í meinafræði við vefjarannsóknina sem Ríkissjóður bæri ábyrgð á. Nefndin taldi hins vegar ekki um að ræða mistök hjá starfsfólki sjúkrahússins. Nefndin taldi um að ræða orsakasamband að hluta á milli tafa á greiningu og rétttri meðferð annars vegar og hins vegar þess miska er A varð fyrir og örorku hans í dag.

2/2000

I

A óskaði eftir álitni nefndarinnar á hvort mistök hafi orðið hjá læknum Landspítalans að setja hann ekki í forgang fyrir hjartaaðgerð eða læknum Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri að óska ekki sérstaklega eftir að hann yrði settur í forgang á biðlista eftir hjartaaðgerð þar sem hann var í hæsta áhættuflokki. A gekkst undir hjartaþræðingu á Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri í október 1997. Þá komu í ljós miklar þrengingar í tveimur kransæðum eða 90% þrenging í circumflexa kransæð og 70% þrenging í hægri kransæð. Nokkru síðar var send beiðni um blástursaðgerð á Landspítalanum og honum tjáð að ýtt yrði á að aðgerðin færi fram þar sem hann hafði stöðuga verki. Þremur mánuðum síðar var hann kallaður í aðgerð, en þá kom í ljós að báðar æðarnar höfðu lokast og ekki var unnt að framkvæma aðgerðina.

II

Kvörtun A barst nefndinni þann 24. maí 2000. Óskað var eftir greinargerð frá Landspítala – háskólasjúkrahúsi og Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri. Greinargerðirnar bárust 10. og 16. ágúst 2000. A var gefinn kostur á að koma að frekari athugasemdum og bárust þær þann 28. september 2000.

III

Nefndin taldi ljóst að margir sjúklingar yrðu fyrir tjóni vegna biðlista eftir aðgerðum, en taldi það ekki falla undir verksvið sitt að fjalla um hver bæri ábyrgð á því tjóni er verður vegna þess. Hins vegar taldi nefndin sig geta fjallað um hvort forgangsröðun lækna á biðlista væri í samræmi við þær reglur er settar höfðu verið. Nefndin taldi almennt æskilegt að til væru skýrar reglur um forgangsröðunina. Á Landspítalanum höfðu verið settar slíkar reglur en A uppfyllti ekki skilyrði til forgangsröðunar samkvæmt þeim. Nefndin taldi því ekki um að ræða mistök hjá starfsfólki spítalans að hafa ekki sett A í forgang né hjá starfsfólki Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri að óska ekki eftir að hann yrði settur í forgang. Nefndin taldi hugsanlegt að forða hefði mátt tjóni A ef aðgerð hefði verið framkvæmd fyrr.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 23. nóvember 2000 var eftirfarandi:

Nefndin taldi ekki um að ræða bótaskyldu hjá sjúkrahúsunum vegna tjóns A. Nefndin taldi þó hugsanlegt að forða hefði mátt tjóni ef A hefði ekki þurft að bíða eftir aðgerð eins lengi og raun bar vitni, en taldi það ekki falla undir starfssvið sitt að fjalla um hver bæri ábyrgð á því tjóni.

Álitsgerðir árið 2001

3/2000

I

A kvartaði til nefndarinnar yfir staurliðsaðgerð sem framkvæmd var á Borgarspítalanum í mars 1993 á hægra ökkla hans. Kom A reglulega til eftirlits eftir aðgerðina og talið var að sárið gréri vel þrátt fyrir eilitla útferð. Fjórum mánuðum eftir aðgerðina var staðfest með röntgenmynd að staurliðurinn var fullgróinn og fann A lítið til í fætinum og gekk nánast óhaltur. Var hann því útskrifaður. A hafði síðan samband við sjúkrahúsið í febrúar 1995 og kvartaði yfir að sárið opnaðist af og til. Voru saumarnir þá fjarlægðir og sárið hreinsað en ekki greindust merki um sýkingu. Sárið hélt þó áfram að opnast og var því ári síðar aftur framkvæmd aðgerð þar sem bólguvefur var fjarlægður. Enn leitaði A til spítalans í september 1999 og greindist þá sýking í beini.

II

Kvörtun A barst nefndinni þann 22. júní 2000. Nefndin óskaði eftir greinargerð frá Landspítala – háskólasjúkrahúsi og barst hún þann 27. nóvember 2000. A var gefinn kostur á að koma að frekari athugasemdum og bárust þær þann 2. janúar 2001.

III

Nefndin taldi ljóst af gögnum málsins að aðgerðin hefði tekist vel og sýking í kjölfar aðgerðarinnar hefði verið minniháttar. Tvívegis hafi opnast fistill hjá A sem var hreinsaður út en ekki greindist sýking við ræktun eftir hreinsunina árið 1995. Nefndin taldi það ekki ámælisvert þó ekki hefðu verið gerðar frekari rannsóknir í kjölfarið þar sem vísbendingar um sýkingu voru ekki meiri en raun bar vitni.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 25. janúar 2001 var eftirfarandi:

Nefndin taldi ekki hafa orðið mistök hjá starfsfólki Landspítala – háskólasjúkrahúss við staurliðsaðgerð A né eftirmeðferð eftir hana.

4/2000

I

A kvartaði til nefndarinnar yfir málsmeðferð og svörum Landlæknisembættisins og málsmeðferð heilbrigðisráðuneytisins.

II

Kvörtun A barst nefndinni þann 8. ágúst 2000.

III

Niðurstaða nefndarinnar þann 20. apríl 2001 var eftirfarandi:

Nefndin vísaði málinu frá þar sem það samræmdist ekki starfsreglum nefndarinnar nr. 150/1985 að fjalla um mál gegn framangreindum aðilum.

5/2000

I

A leitaði til nefndarinnar vegna bakaðgerða er hún gekkst undir á St. Jósefsspítala árið 1989 og Landspítalanum árið 1991 og vegna eftirmeðferða eftir þær aðgerðir. A átti að baki langa sögu um verki í baki vegna þrýstings á taugarætur og gekkst því undir uppskurð þar sem gerð var extirpatio herniae disci intervertebralis L.IV – L.V. (brjósklosaðgerð á hryggþófa milli 4. og 5. lendarliðar). Aðgerðin virtist ganga vel fyrir sig en eftir hana fékk A útgeislandi bakverk niður í hægri ganglim ásamt magnleysi. Hún gekkst því undir aðra aðgerð þar sem hún var skorin upp vegna prolapsus disci intervertebralis L.IV – L.V. (brjóskloss í hryggþófa milli 4. og 5. lendarliðar). Verkirnir komu þó fljótt aftur ásamt máttleysi í fætur. Við skoðun kom í ljós mikill örvefur og slitbreytingar á liðbilinu þar sem brjósklosaðgerðirnar höfðu verið framkvæmdar. A hafði mikla bakverki og óskaði eftir frekari meðferð. Ákveðið var því að framkvæma spengingaraðgerð á hrygg. Við eftirlit eftir aðgerðina kvartaði A enn yfir stirðleika og staðbundnum óþægindum og fór nokkru síðar að fá slæm bakverkjarköst og stífna í báðum fótum. Voru spengingarjárnin því fjarlægð og tekin sýni í ræktun sem staðfesti vöxt á Staph. coccus albus.

II

Kvörtun A barst nefndinni þann 17. júlí 2000. Nefndin óskaði eftir sjúkragögnum varðandi A frá Tryggingastofnun ríkisins og bárust þau þann 12. september 2000. Var þá óskað eftir greinargerðum frá Landspítala – háskólasjúkrahúsi og St. Jósefsspítala og bárust þær þann 13. október 2000 og 22. nóvember 2000. Greinargerðirnar voru sendar A og henni gefinn kostur á að koma að frekari athugasemdum og bárust þær þann 2. janúar 2001. Þann 10. janúar 2001 fékk nefndin afrit af bréfum landlæknis til A.

III

A gekkst undir endurteknar bakaðgerðir vegna brjóskloss en fékk ekki þann bata er vonast var til. Ekkert var talið benda til að mistök hefðu orðið við aðgerðir A eða meðferð hennar eftir þær. A átti að baki langa sjúkrasögu og þjáðist af miklum bakverk áður en hún gekkst undir aðgerðirnar. Var því nauðsynlegt að framkvæma þær, en síðan var reynt að spengja hrygginn til að bæta þann dofa og máttleysi er A fann til ásamt verkjum eftir fyrri aðgerðirnar. Dró það þó lítið úr verkjum A. Nefndin taldi að þekkt væri að hluti þeirra sem gengjust undir bakaðgerðir fengju ekki fullan bata heldur þjáðust af verkjum, magnleysi og dofa niður í fætur en slíkt hefði verið nefnt á ensku “Failed Back Surgery Syndrome”. Sýking sú er A fékk í kjölfar aðgerðanna var lítils háttar og væri ekki óalgeng við slíkar aðstæður.

IV

Niðurstæða nefndarinnar þann 25. janúar 2001 var eftirfarandi:

Nefndin taldi ekki hafa orðið mistök við aðgerðir né meðferð A að öðru leyti þrátt fyrir að bati hennar hefði ekki orðið eins og vonast var til.

6/2000

I

A kvartaði til nefndarinnar vegna atvika við fæðingu barns hennar á Landspítalanum árið 1989 og yfir því að landlæknir hefði ekki sinnt nægilega

rannsóknar- og upplýsingaskyldu sinni vegna kvörtunar hennar. A var lögð inn á Kvennadeild Landspítalans er ljóst var að hún gat ekki fætt barnið með eðlilegum hætti, en við sórnarskoðun hafði komið í ljós að barnið var í þverlegu með bak upp og fætur niður. Taldi A að starfsfólk Landspítalans hefði ekki sinnt augljósum fæðingareinkennum þrátt fyrir að hún hefði verið lögð inn til að fylgjast með merkjum fæðingar. Ekki hefði verið ákveðinn tími fyrir keisaraskurð né skráð hvers var vænst af innlögninni, til hvaða aðgerða átti að grípa né hvers átti að gæta. Taldi A einnig að skráningu í sjúkraská hefði verið ábótavant og að sjúkrahúsið bæri ábyrgð á þeirri vanrækslu er varð við skráninguna. Sjúkrahúsið bæri ábyrgð á þjáningum hennar og að hluta á heilsuleysi hennar og örorku síðan. Gögnum hefði einnig verið haldið eftir á sjúkrahúsinu þar sem hún fékk ekki öll gögn varðandi fæðinguna fyrir en fimm árum eftir að fyrst var óskað eftir þeim.

Daginn eftir innlögð á sjúkrahúsið var A með verki af og til og því sett í monitor (sívaka). Um kl. 22:00 urðu verkirnir verri og hún var lögð inn á fæðingargang um miðnætti. Við skoðun kom í ljós að naflastrengur sat fyrir legopinu og var talin yfirvofandi hætta á að belgir kynnu að bresta og naflastrengurinn myndi falla fram. Var talið nauðsynlegt að framkvæma keisaraskurð án tafar og var A gefið Ritodrin til að stöðva samdrætti á meðan keisaraskurður var undirbúinn. Dælt var upp úr maga hennar og keisaraskurður framkvæmdur. Er barnið fæddist kom í ljós að naflastrengur var margvafinn um háls þess. Allmikil blæðing varð í aðgerðinni. Taldi A sig ekki hafa náð heilsu eftir keisaraskurðinn þrátt fyrir að liðin væru yfir 10 ár. Kveðst hún hafa þjáðst af þreytu, mæði, sleni, minnisleysi og aukinni svefnþörf fyrst eftir aðgerðina og síðan af asthma og skjaldkirtilssjúkdómi, auk mikilla verkja um allan líkamann.

II

Kvörtun A barst nefndinni þann 22. september 2000. Óskað var eftir greinargerð frá Landspítalanum – háskólasjúkrahúsi og barst hún þann 10. nóvember 2000. A var gefinn kostur á að koma að frekari athugasemdum og bárust þær þann 1. febrúar 2001.

III

Nefndin taldi að ekki hefði verið ástæða til að tímasetja keisaraskurð við innlögð A heldur eðlilegt að bíða og sjá hver framvindan yrði, en A hafi þó réttilega bent á að skráning við innlögð hennar hafi verið mjög takmörkuð. Ekki var talið að A hefði verið send of seint í keisaraskurð. Hins vegar hefði starfsfólk sjúkrahússins átt að sjá að stutt var í fæðingu og því verið eðlilegt að láta hana fasta. Ekkert var talið koma fram í gögnum málsins er staðfesti þá skoðun A að matur hefði farið ofan í lungu hennar þegar dælt var úr maga hennar. Ekki var fallist á, að það hversu mikið slím var í lungum hennar eftir aðgerðina, staðfesti slíkt né heldur takverkur í brjósti. Ljóst var að A missti töluvert mikið blóð við aðgerðina og var talið að skurðlæknir hefði vanmetið blóðmissinn. Þó virtist ekki hafa verið þörf á að gefa A blóð skv. blóðprófi er tekið var. Fallist var á það með A að skráning í sjúkraská hennar hefði átt að vera nákvæmari bæði við innlögð og eftir fæðinguna. En mikið misræmi var á milli orða A og skráningar í sjúkraskrá. Ekki var fallist á að mistök hefðu orðið við keisaraskurðinn né eftirmeðferð eftir hann og því ekki talið að veikindi A gætu talist afleiðing meðferðar hennar. Ekkert kom fram í gögnum málsins er studdi þær fullyrðingar A að vísvitandi hefði verið haldið eftir gögnum á spítalanum né að reynt hefði verið að leyna A einhverju er tengdist aðgerðinni.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 5. apríl 2001 var eftirfarandi:

Nefndin taldi að ekki hefðu orðið mistök við meðferð A á spítalanum en skráning í sjúkraskrá hefði þó mátt vera betri. Nefndin taldi að veikindi A gætu ekki talist afleiðing af keisaraskurði þeim er A gekkst undir á spítalanum.

7/2000

I

A kvartaði til nefndarinnar þar sem hún taldi sig ekki hafa fengið fullnægjandi svör eftir að nema þurfti brott leg hennar eftir keisaraskurð árið 1999. Óskaði hún eftir að nefndin mæti hvort hugsanlega hefðu orðið mistök við meðferð hennar fyrir og við fæðingu barns hennar. Taldi hún að með tilliti til þyngdaraukningar hennar á meðgöngu og legbotnshæðar hefði átt að vera fyrirséð að barnið væri stórt. Ljós móðir tók ákvörðun um að láta hana rembast í tvígang þrátt fyrir að útvíkkun væri ekki að fullu lokið. Það hefði átt þátt í að veikja legið, skapað hættu á legbresti og valdið því hversu erfiðlega gekk að ná kalli barnsins upp úr grindinni. A taldi að ljósmóðir hefði átt að kalla til sérfræðing og að læknir sá er framkvæmdi keisaraskurðinn hefði átt að fylgjast betur með henni eftir aðgerðina þar sem blæðing hafði orðið. A taldi einnig að eðlilegra hefði verið að opna kviðarholið strax aftur í stað þess að eyða dýrmætum tíma í að stöðva blæðinguna neðanfrá.

A var gengin tvær vikur framyfir er fæðingin var sett af stað með því að gefa henni prostaglandin. Eftir 12 klst. var útvíkkunin komin í 8 cm en þykk brún var á leghálsinum að framan. Var sett upp oxýtósín dreypi til að örva sóttina og A látin rembast. Hálf tíma síðar var hún skoðuð af fæðingarlækni er mat að brún væri óútvíkkuð að framan og stíf. Bætt var við deyfingu til að draga úr rembingsspörf og vinna lengri tíma. Klukkutíma síðar byrjaði A að rembast aftur með hríðum á um 2ja mínútna fresti. Tveimur tímum síðar var kallað á sérfræðing er ákvað að skoða A á skurðstofu en sú skoðun leiddi til þess að keisaraskurður var ákveðinn. Kollur barnsins var fast skorðaður niður í grindina en eftir fæðinguna kom í ljós rifa út frá skurðinum í legveggnum hægra megin. Var hún saumuð og taldi skurðlæknir sig hafa komist fyrir blæðingu. A fann fyrir mikilli ógleði eftir aðgerðina auk þess sem blóðþrýstingur hennar féll. Í ljós kom að um mikla blæðingu frá leggöngum var að ræða. Reynt var að stöðva hana neðanfrá en þar sem það tókst ekki var kviður A opnaður á nýjan leik. Nema varð burt leg A þar sem ekki tókst að stöðva blæðinguna með öðrum ráðum.

II

Kvörtun A barst nefndinni þann 20. október 2000. Óskað var eftir greinargerð frá Landspítala – háskólasjúkrahúsi og barst hún þann 2. janúar 2001. A var gefin kostur á að koma að frekari athugasemdum og bárust þær þann 26. mars 2001. A mætti einnig á fund nefndarinnar þann 5. júní 2001 að eigin ósk. Landspítala – háskólasjúkrahúsi var sendur útdráttur af því er kom fram í máli A á fundinum og gefinn kostur á að koma að athugasemdum en engar frekari athugasemdir bárust.

III

Nefndin taldi að ekki hefði vaknað grunur um hversu stórt barn A var fyrir fæðinguna, enda gæti verið erfitt að meta stærð barna fyrir fæðingu og hversu líklegt væri að kona gæti fætt stórt barn með eðlilegum hætti. Grindarmælingar hefðu ekki

reynst öruggur mælikvarði og hefði ekki verið unnt að koma í veg fyrir tjón A með því að senda hana í grindarmælingu. Taldi nefndin ekki ámælisvert að láta A ekki gangast undir frekari rannsóknir þar sem ekki voru vísbendingar um að erfiðleikar væru yfirvofandi við fæðinguna. Þegar konum væri leyft að rembast þrátt fyrir að útvíkkun væri ekki að fullu lokið yrði að sýna fyllstu aðgát og fylgjast náið með framvindu fæðingarinnar. Væri enginn framgangur í fæðingunni, eins og í tilvikum A, væri slíkt hættulegt. Væru lyf gefin til að örva sóttina gæti það einnig leitt til þess að of mikið reyndi á legið. Við skoðun á tilvikum A eftirá væri ljóst að hún var látin rembast of lengi þar sem brestur kom í leg hennar og taldi nefndin það ámælisvert. Talið var mjög líklegt að brestur hefði komið í legið af þeim sökum og það því verið orsök þess að nema þurfti það burt. Nefndin taldi hins vegar að starfsfólk sjúkrahússins hefði brugðist við á réttan hátt er ljóst varð að blæðing var frá leginu og að eðlilegt hefði verið að reyna að stöðva blæðinguna neðanfrá. Nefndin taldi einnig að betur hefði mátt standa að upplýsingagjöf og ráðgjöf til A eftir áfallið.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 23. ágúst 2001 var eftirfarandi:

Nefndin taldi ámælisvert að A skyldi látin rembast svo lengi án þess að framgangur væri í fæðingunni. Nefndin taldi að meðferð A að öðru leyti hefði verið með eðlilegum hætti en þó hefði mátt standa betur að ráðgjöf til A eftir atburðinn.