

Álitsgerðir ágreiningsmálanefndar 2004 og 2005

Ágreiningsmál er rísa vegna samskipta almennings
og heilbrigðisþjónustunnar

Október 2007

Formáli

Hér birtist skýrsla nefndar um ágreiningsmál samkvæmt 5. mgr. 3. gr. laga nr. 97/1990 um heilbrigðisþjónustu með útdráttum úr álitsgerðum nefndarinnar á árunum 2004 og 2005.

Um skipan nefndarinnar og starfssvið vísast til fyrstu skýrslu hennar sem kom út 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, sú þriðja á árinu 2004 og sú fjórða á árinu 2006 og eru þær einnig birtar á vefsíðu ráðuneytisins.

Birtir eru útdrættir úr 13 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 Anatomia 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.

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

Með nýjum lögum um heilbrigðisþjónustu sem öðluðust gildi 1. september 2007 var nefndin lögð niður og verða þetta því síðustu útdrættir hennar.

Reykjavík í október 2007

Rúnar Guðjónsson
Kristín Björnsdóttir
Guðmundur Pétursson

Álitsgerðir nefndarinnar árið 2004

1/2003

I

A kvartaði til nefndarinnar vegna læknismeðferðar á kvennadeild Landspítala - háskólasjúkrahúss árið 2001. A fékk stíflu í vinstra brjóst eftir barnsfæðingu og var henni ávísað sýklalyfið Erybas af starfsmönnum spítalans. Sótthitinn hvarf en daginn eftir að hún hóf töku lyfsins fékk hún verki, niðurgang og uppköst. Það var talið stafa af aukaverkunum vegna sýklalyfsins. Hafði A verk hægra megin við lífbeinið sem hún taldi sjálf að líktist helst botnlangaverk sem hún hafði fundið fyrir ári áður. Lét hún vita af því á sjúkrahúsinu og fór í framhaldi af því til skoðunar og var lögð inn vegna gruns um botnlangabólgu eða bólgu út frá leginu. Við skoðun daginn eftir taldi brjóstaráðgjafi að mjög ólíklegt væri að hitinn stafaði af einhverju sem viðkæmi brjóstunum en deildarlæknir taldi þó lang líklegast að orsök hitans væri sýking í brjóstum og að kvalir í kvið stöfuðu af uppköstunum. Fékk hún því sýklalyf í æð. Við skoðun tveimur dögum síðar taldi sérfræðingur í kvenlækningum einnig langlíklegast að um hefði verið að ræða sýkingu í brjóti og kvalirnar stöfuðu af uppköstunum. Daginn eftir hafði hitinn hækkað og var henni þá enn gefin sýklalyf til að sporna við hugsanlegri sýkingu í legi. Við sónarskoðun varð vart við fyrirferð í legi og var hún sett í útskaf. Ekki fundust merki um ígerð en þar sem hitinn hækkaði enn var hún sett í sneiðmyndatöku. Kom þá í ljós botnlangabólga og lífhimnubólga og var hún meðhöndluð með sýklalyfjum í æð þar sem ekki var unnt að skera upp vegna lífhimnubólgunnar. Þremur mánuðum síðar gekkst hún undir botnlangaskurð en fékk í kjölfar þess sýkingu í kviðarhol sem þurfti aðgerð til að hreinsa út. Var hún enn í sýklalyfjameðferð nokkurn tíma á eftir og kveðst A enn finna fyrir óþægindum í kviðarholi öðru hverju.

II

Kvörtun A barst nefndinni þann 12. febrúar 2003. Óskað var eftir greinargerð frá Landspítala - háskólasjúkrahúsi og barst hún þann 4. júlí 2003. A var gefinn kostur á að koma að frekari athugasemdum og bárust þær þann 9. september 2003. Athugasemdir bárust einnig frá Landspítala - háskólasjúkrahúsi þann 10. september 2003.

III

Nefndin taldi að erfitt gæti reynst að greina botnlangabólgu og greiningin væri enn erfiðari í þessu tilviki þar sem A var nýbúin að eignast barn. Með tilliti til þeirra aðstæðna var ekki talið að um mistök væri að ræða þó rétt greining hafi ekki fengist fyrr en þremur sólarhringum eftir að A lagðist inn á sjúkrahúsið. Ekki var talið óeðlilegt að kanna fyrst til hlítar hvort veikindi hennar stöfuðu af öðrum ástæðum. Dráttur á rétttri greiningu olli A augljóslega miklum þjáningum og tafði fyrir að hún næði heilsu á ný en ekki var talið að hann hafi stafað af mistökum við læknismeðferð hennar né að hann hafi valdið henni varanlegu heilsutjóni.

Nefndin leit svo á að að þrátt fyrir að kvörtun A beindist gegn nafngreindum læknum á sjúkrahúsinu þá væri nægilegt að fjalla um kvörtunina gegn spítalanum þar sem sjúkrahúsið bæri ábyrgð á því starfsfólki sem í hlut átti.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 29. janúar 2004 var eftirfarandi:

Nefndin taldi ekki hafa orðið mistök við læknismeðferð A á kvennadeild Landspítala - háskólasjúkrahúss þrátt fyrir að botnlangabólga hefði ekki greinst fyrr en þremur dögum eftir að A var lögð inn á sjúkrahúsið.

I

A og B kvörtuðu til nefndarinnar vegna mistaka sem þau töldu að hefðu átt sér stað við fæðingu dóttur þeirra D á kvennadeild Landspítala - háskólasjúkrahúss árið 2001. Óskað var eftir álitum á því hvort meðferðin á spítalanum hefði verið forsvaranleg og hvort rétt hefði verið að henni staðið. Einnig var óskað eftir afstöðu nefndarinnar til þess hvort ástæða hefði verið til að grípa fyrir til aðgerða vegna meðgöngueitrunar móður, hvort framkvæmd við beitingu sogklukku var eðlileg og hvort heilsutjón D mætti rekja til súrefnisskorts í eða fyrir fæðinguna.

A kom á fæðingardeild spítalans gengin 11 daga fram yfir áætlaðan fæðingartíma. Blóðþrýstingur hennar var hár og eggjahvíta mældist í þvagi. Dýfa varð í hjartslætti barnsins og var því belgurinn sprengdur. Í ljós kom að legvatn var dökkgrænt og þykkt. Var sett rafskaut á höfuð barnsins. Um hálf tíma síðar fór að bera á rembingþörf hjá móður og sáust hjartsláttardýfur í hríðunum. Þegar útvíkkun var lokið ákvað læknir að beita sogklukku til að stytta annað stig fæðingarinnar. Reynt var að nota síliconklukku en skipt var yfir í málmklukku. Eftir tvær hríðir með sogklukkuátaki og rembingi móður var gerður spangarskurður og í framhaldi af því fæddist D. Eftir fæðinguna fékk D blámaköst þrisvar til fjórum sinnum u.þ.b. sólarhring eftir fæðinguna. Við rannsóknir kom í ljós að blóðþurrð hafði orðið til heila.

II

Kvörtun A og B barst nefndinni 26. febrúar 2003. Óskað var eftir greinargerð frá Landspítala - háskólasjúkrahúsi og barst hún þann 11. júní 2003. A var gefinn kostur á að koma að frekari athugasemdum og bárust þær þann 18. ágúst 2003.

III

Meðganga A gekk eðlilega fyrir sig að frátalinni hækkun á blóðþrýstingi. Við komu á spítalann var ekkert sem benti til að þörf væri á inngrípi í fæðinguna. Vel var fylgst með ástandi barnsins og brugðist við um leið og hjartsláttur þess breyttist. Nefndin taldi að ekki yrði annað séð af gögnum málsins en réttar ákvarðanir hefðu verið teknar á hverjum tíma af starfsfólki sjúkrahússins. Ljóst að blóðþurrð varð til heila og að D beið við það tjón á heilsu sinni. Ekki talið að fyrir lægi ótvíræð skýring á því hvenær eða hvers vegna það gerðist og því ekki hægt að fullyrða að það hefði ekki gerst ef móðirin hefði gengist undir keisaraskurð strax við komu á sjúkrahúsið. Ekkert í framlögðum gögnum sem benti til þess að beiting sogklukku hafi verið með óeðlilegum hætti.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 25. mars 2004 var eftirfarandi:

Ekki talið að tjón það sem varð á heilsu D, vegna blóðþurrðar til heila, hafi orðið vegna mistaka starfsmanna Landspítala - háskólasjúkrahúss.

I

A óskaði álits nefndarinnar á því hvort mistök hefðu orðið við lækni meðferð hennar þegar hún ól barn á Landspítalanum árið 2000, hver bæri ábyrgð á þeim mistökum ef talið yrði að þau hefðu verið gerð og hvort grundvöllur hafi stofnast fyrir skaðabótum. Einnig var kvartað yfir störfum Landlæknisembættisins.

Álit landlæknis lá fyrir í málinu.

Meðganga A var áfallalaus og leitaði hún á fæðingardeild spítalans að morgni dags en var send heim aftur vegna þess hversu stutt á veg fæðingin var komin. Hún fór aftur á sjúkrahúsið eftir hádegi og var þá komin með 4 í útvíkkun. Um kvöldið var hún skoðuð af lækni sem rauf belginn. Legvatn reyndist tært og fylgdi kollurinn á eftir og þrýsti á legháls. Fylgst var með hjartslætti barnsins og gefin fyrirmæli um Syntocinon dreypi einni klukkustund síðar. A fékk einnig mænurótardeygingu. Um kl. 3:30 var útvíkkun lokið en A hafði ekki rembingsspörf og byrjaði ekki að rembast fyrr en kl. 4:30. Um klukkutíma síðar var A uppgefin og því bætt á deyfingu. Hjartsláttarrit barnsins var eðlilegt. Fæðingarlæknir var upptekinn en klukkustund síðar var A send á skurðstofu þar sem gerð var tilraun til tangarfæðingar en tókst ekki. Var þá framkvæmdur bráðakeisaraskurður. Aðgerðarlæknir þurfti að ýta kolli barnsins upp frá leggögnunum og gerði hann það án þess að skipta um hanska. Eftir aðgerðina kom sýking í skurðsár A og fékk hún sýklalyf og þurfti að gangast undir aðgerð vegna hennar fimm dögum síðar. Þrátt fyrir það lækkaði sóttitinn ekki og var því aukið á sýklalyfin. Það ásamt opnum á skurðsárinu og skolunum með hydroperoxíði dugði til að uppræta sýkinguna á nokkrum mánuðum.

II

Kvörtun A barst nefndinni 13. mars 2003. Óskað var eftir greinargerð frá Landspítala - háskólasjúkrahúsi og barst hún þann 15. maí 2003. A var gefinn kostur á að koma að frekari athugasemdum en ekki bárust frekari athugasemdir.

III

Þegar ljóst var að A gat ekki fætt með eðlilegum hætti var læknir upptekinn við aðrar lækni aðgerðir. Ekki var talið að A eða barn hennar hefðu orðið fyrir tjóni vegna þess en vel var fylgst með ástandi þeirra beggja á meðan beðið var eftir lækningum og A gefin deyfing. Í keisaraskurðinum þurfti að bregðast skjótt við til að stofna ekki lífi barnsins í hættu. Almennt verði að teljast varhugavert að farið sé með hendi upp í leggöng og barnið svo tekið upp án þess að skipt sé um hanska á milli, en það hafi verið réttlætjanlegt eins og á stóð. Ekkert sem benti til þess að sýking sem varð í skurðsári verði rakin til þess. Var því ekki talið að mistök starfsfólks sjúkrahússins hefðu valdið sýkingu í skurðsárinu enda bentu þær bakteríur sem rækuðust frá sárinu til þess að orsök sýkingarinnar hafi verið frá húðflóru A. Slíkar sýkingar eru vel þekktir fylgikvillar með uppskurðum.

Læknir gaf fyrirmæli um lyfjagjöf á ákveðnum tímum en einungis var staðfest á lyfjablaði að lyf hefðu verið gefin í tvö skipti. Er það aðfinnsluvert en þó ekki unnt að fullyrða að þó dráttur hafi orðið á lyfjagjöf að þá hafi það haft áhrif á framvinduna.

Nefndin taldi sig ekki geta fjallað um kvartanir A sem sneru að störfum Landlæknisembættisins.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 5. janúar 2004 var eftirfarandi:

Nefndin telur ekki um að ræða bótaskyld mistök við lækni meðferð A á Landspítala - háskólasjúkrahúsi við fæðingu barns hennar þann 15. nóvember 2000.

Kvörtun A gagnvart Landlæknisembættinu var vísað frá nefndinni.

I

A og B leituðu til nefndarinnar vegna afleiðinga mistaka sem þau töldu að hefðu orðið við lækni meðferð dóttur þeirra D á Landspítala - háskólasjúkrahúsi. Þess var farið á leit að nefndin yfirfæri öll gögn málsins og rannsakaði vandlega hvort mistök hefðu átt sér stað þegar nál var sett í slagæð hennar og einnig meðferð eftir að nálin olli blóðrásartruflunum. Óskað var svara við því hvort forsvaranlegt hafi verið að setja nál í slagæð á þeim stað og með þeim hætti sem gert var og hafa hana svo lengi sem raun bar vitni. Einnig hvort tíminn sem leið frá því vandinn kom fram uns gripið var til skurðaðgerðar hafi verið forsvaranlegur.

Álit landlæknis lá fyrir í málinu.

D sem var léttburi var lögð inn á spítalann með háan hita, í losti og með mikla blóðsýkingu auk þess sem hún átti í öndunarerfiðleikum. Hún var sett í gjörgæslumeðferð, í öndunarvél og klínískt fannst læknum hún vera deyjandi. Reynt var að setja nálar í úlnliðsslagæðar beggja megin en tókst ekki og var því settur æðaleggur í slagæð í olnbogabót. Reynt að stabilisera blóðþrýsting og blóðrás auk þess sem sýkingin var meðhöndluð. Nálin var fjarlægð um það bil 6 klukkustundum síðar þegar fram komu blóðrásartruflanir en nokkru síðar komu fram merki um blóðrásarþurrð. Gefið var blóðþynningarlyf en um 10 klukkutímum síðar versnaði blóðráðsin fram í hendina og blóðþurrð varð. Framkvæmd var aðgerð þar sem æðin var opnuð í olnbogabótinni, seginn fjarlægður og gefið segaleysandi lyf. D hlaut varanlega skaða á hægri handlegg, missti alla fingur og talið að stífa þurfi úlnlið hennar síðar.

II

Kvörtun A og B barst nefndinni 14. mars 2003. Óskað var eftir greinargerð frá Landspítala - háskólasjúkrahúsi og barst hún þann 12. júní 2003. A og B var gefinn kostur á að koma að frekari athugasemdum og bárust þær þann 18. ágúst 2003. Óskað var eftir frekari greinargerð frá Landspítala - háskólasjúkrahúsi og barst hún þann 27. apríl 2004. A og B var gefinn kostur á að koma að frekari athugasemdum en ekki bárust frekari athugasemdir.

III

D var mjög hætt komin er hún var lögð inn á sjúkrahúsið og þar sem ekki tókst að setja upp nál með venjulegum hætti var gripið til þess ráðs að setja nál í slagæð til að fylgjast með blóðþrýstingi og blóðgösun D. Nefndin taldi ljóst að þó ávallt fylgi því hætta að setja nál í slagæð hafi slíkt verið nauðsynlegt í þessu tilviki vegna þess lífshættulega ástands er D var í.

Nálin var tekin 6 klst. síðar vegna merkja um blóðrennslitruflanir. Ástand D hafði lagast smám saman á þessum tíma og ætlunin var að hafa nálinu lengur til að fylgjast með líðan hennar. Af framlögðum gögnum telur nefndin að mat starfsfólks sjúkrahússins á nauðsyn þess að hafa nálina svo lengi í slagæðinni verði að teljast réttmætt. Er ljóst varð að tjón hafði orðið var leitað allra leiða til að draga úr því og telur nefndin að brugðist hafi verið eins vel við og unnt var miðað við aðstæður.

Nefndin yfirfór öll gögn í málinu og skoðun nefndarinnar leiddi ekki í ljós nein mistök af hálfu starfsfólks sjúkrahússins með meðferð D.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 3. júní 2004 var eftirfarandi:

Nefndin taldi ekki hafa orðið mistök hjá starfsfólki sjúkrahússins við meðferð D.

I

A leitaði til nefndarinnar vegna ágreinings um hvort mistök hefðu átt sér stað við sjúkdómsgreiningu er hún leitaði læknishjálpar á slysadeild Borgarspítalans árið 1996, með þeim afleiðingum að sjúkdómsferill hennar hafi orðið mun lengri en ella.

Álit landlæknis lá fyrir í málinu.

A hafði haft verki á ökklasvæði í 2 til 3 ár eftir meiðsl á ökklanum og var hún meðhöndluð með sprautum í liðinn. Lagaðist hún um tíma en leitaði aftur til læknis og eftir að hafa farið í beinaskann og sneiðmyndatöku var hún aftur meðhöndluð með sprautu í liðinn. Vegna verkja á svæðinu ásamt roða og hita var A send í rannsókn á slysadeild Borgarspítalans. Röntgenmynd og blóðprufa leiddu ekkert óeðlilegt í ljós og engin merki fundust um vökva eða bólgu í ökklanum. A var meðhöndluð með gífsi í nokkrar vikur. Við skoðun eftir það kom í ljós að sökk hafði hækkað og var talið að um sýkingu væri að ræða þrátt fyrir að slíkt fengist ekki staðfest í rannsóknum og var hún því meðhöndluð með sýklalyfjum. Hvorug meðferðin skilaði fullnægjandi árangri. Nokkrum mánuðum síðar leitaði A til sérfræðings í bæklunarsjúkdómum sem lét framkvæma skuggaefnisrannsókn á ökklanum og ákvað hann í framhaldi af því að senda hana í aðgerð á St. Jósefsspítala vegna rofs á tibiofibular syndesmosis (liðbandatengingu á milli sköflungs og dálks).

II

Kvörtun A barst nefndinni 26. mars 2003. Óskað var eftir greinargerð frá Landspítala - háskólasjúkrahúsi og barst hún þann 29. september 2003. A var gefinn kostur á að koma að frekari athugasemdum en ekki bárust frekari athugasemdir.

III

Þegar A leitaði á spítalann var hún skoðuð af læknum hans, röntgenmynd tekin af ökklanum og framkvæmd blóðrannsókn. Þessar rannsóknir staðfestu ekki hvert meinið væri en reynt var að meðhöndla hana með gifsumbúðum og síðan sýklalyfjum án sýnilegs árangurs. Áverkar á syndesmosis geta verið erfiðir í greiningu og því var ekki talið að mistök hefðu orðið hjá starfsfólki sjúkrahússins þrátt fyrir að ekki tækist að greina áverkann og ekki talið ámælisvert að láta A ekki gangast undir frekari rannsóknir þá þegar. Sérfræðingur sá er sendi hana í sneiðmyndatöku vegna gruns um tibiofibular syndesmosis ákvað að framkvæma aðgerð þrátt fyrir að myndatakan staðfesti ekki greininguna.

Nefndin taldi ljóst að ef rétt sjúkdómsgreining hefði náðst fyrir hefði sjúkdóms ferli A orðið styttra.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 8. júlí 2004 var eftirfarandi:

Nefndin taldi ekki hafa orðið mistök hjá starfsfólki spítalans við greiningu og meðferð A árið 1996.

I

A leitaði til nefndarinnar vegna meintra mistaka við sjúkdómsgreiningu hennar hjá Heilbrigðisstofnun Suðurnesja á árinu 1998. A varð blind á öðru auga vegna sjúkdómsins “Temporal arteritis” eftir að hafa ítrekað leitað til lækna stofnunarinnar og kvartað undan jafnvægisleysi, höfuðverk, eymslum í hálsi og hnakka ásamt sjóntruflunum. A taldi sig hafa verið með öll einkenni sjúkdómsins í nokkra mánuði en sjúkdómur þessi sé ekki óalgengur hjá fólki yfir sextugu og einkenni hans vel þekkt. Taldi A að mistök hefðu orðið hjá læknum stofnunarinnar að vísa henni ekki til sérfræðings í tæka tíð. Krafðist hún skaðabóta fyrir heilsutjón sitt.

Álit landlæknis lá fyrir í málinu.

A fór að finna fyrir framangreindum einkennum og leitaði því ítrekað til lækna stofnunarinnar þar sem ekki fundust skýringar á óþægindunum. Var talið að um væri að ræða vöðvagigt. A fékk skyndilega blindu á hægri auga og kom þá í ljós að hún var með framangreindan sjúkdóm. Var hún lögð inn á Landspítala - háskólasjúkrahús og var skráð við innlögn að hún hefði þriggja mánaða sögu um slappleika, höfuðverk ásamt verkjum í kjálkum við tyggingu. Ekki tókst að bjarga sjón A.

II

Kvörtun A barst nefndinni 15. október 2003. Óskað var eftir greinargerð frá Heilbrigðisstofnun Suðurnesja og barst hún þann 25. maí 2004. A var gefinn kostur á að koma að frekari athugasemdum og bárust þær þann 11. júní 2004.

III

Ekki uppgötvaðist fyrr en A fékk skyndilega blindu á hægri auga að hún þjáðist af bólgu í gagnaugaslagæð. A hafði ítrekað leitað til lækna Heilbrigðisstofnunar Suðurnesja mánuðina áður en þetta gerðist en einkenni þau er hrjáðu A samkvæmt skráningu í sjúkraská líktust helst vöðvabólgu-einkennum og sem dæmi má nefna að sökk mældist ekki svo hátt að það væri í sjálfu sér dæmigert einkenni þessa sjúkdóms. Nefndin taldi því ekki unnt að áfella þá lækna er A leitaði til þó ekki hefði vaknað hjá þeim grunur um sjúkdóminn.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 21. október 2004 var eftirfarandi:

Nefndin taldi ekki hafa orðið mistök hjá starfsfólki Heilbrigðisstofnunar Suðurnesja við greiningu og meðferð A þrátt fyrir að ekki tækist að greina sjúkdóm þann er hrjáði A.

Álitsgerðir nefndarinnar árið 2005

8/2002

I

A kvartaði til nefndarinnar yfir störfum sérfræðings í augnsjúkdómum. A kom með kvörtunina á fund formanns nefndarinnar og var leiðbeint um að það félli ekki undir starfsvið nefndarinnar að fjalla um kvartanir yfir störfum sjálfstætt starfandi lækna. A óskaði samt eftir því að nefndin tæki við málinu í þeirri von að reglum um nefndina yrði breytt.

II

Kvörtun A barst nefndinni 5. desember 2002. A lést árið 2005.

III

Niðurstaða nefndarinnar þann 3. nóvember 2005 var eftirfarandi:

Kvörtunin var endursend dóttur A þar sem hann var látinn. Nefndin hafi ekki fjallað um málið þar sem það beindist gegn sjálfstætt starfandi lækni og það féll því ekki undir starfsvið nefndarinnar.

7/2003

I

A leitaði til nefndarinnar vegna afleiðinga áverka er hún varð fyrir á hægri úlnlið í janúar 2003. Taldi A að brotið hefði ekki verið meðhöndlað með réttum hætti og kvaðst hún hafa skertan mátt í hendinni, vera kvalin og lítið geta notað hendina. Óskaði A einnig eftir því að nefndin færi yfir sjúkrasögu hennar frá slysinu. Fór A fram á miskabætur vegna tjóns síns.

Álit landlæknis lá ekki fyrir í málinu.

A datt heima hjá sér og hlaut við það kurlað framhandleggsbrot. Leitaði A til Heilbrigðisstofnunar Suðurnesja og var reynt að koma brotinu í stöðu en veruleg stytting varð í brotinu. Daginn eftir endurtók sérfræðingur í bæklunarlækningum aðgerðina og virtist hún takast vel. Sett var gifsspelka á brotið. Við skoðun mánuði síðar virtist komin meiri stytting og snúningur um brotið auk þess sem farið var að bera á beinrýrnun. Gifsið var tekið af mánuði síðar og A sagð að byrja að hreyfa úlnliðinn en forðast átök og áverka. Í apríl leitaði A til sérfræðings í bæklunar- og handarskurðlækningum þar sem brotið hafði sigið til baka í slæma stöðu. Aðgerð var framkvæmd í maí þar sem distali radius (neðri hluti geislabeins) var sagaður og settur í glufuna þrýhyrndur beinbiti frá mjaðmarkambi. Fest með stálplötu og skrúfum. A kvartaði yfir dofa eftir aðgerðina en var útskrifuð daginn eftir. Að kvöldi þess dags leitaði hún aftur á sjúkrahúsið og var lögð inn vegna gruns um vægt stroke (heillaslag).

II

Kvörtun A barst nefndinni 21. nóvember 2003. Óskað var eftir greinargerð frá Heilbrigðisstofnun Suðurnesja og Landspítala - háskólasjúkrahúsi og bárust þær þann 2. og 8. janúar 2004. Viðbótargögn frá Landlæknisembættinu bárust 5. desember 2003. Þann 12. janúar 2005 voru fengnar sjúkraskrár frá Landspítala - háskólasjúkrahúsi. A kom á fund nefndarinnar þann 23. febrúar 2005.

III

Nefndin taldi að brugðist hefði verið við framhandleggisbroti A á þann hátt sem venja sé í slíkum tilvikum. Ekki væri unnt að meta af gögnum málsins hvort gífsið hefði ekki stutt nægilega vel við brotið eins og A teldi að hefði verið raunin. A hafi gengist undir aðgerð til að laga skekkjuna sem tókst vel. A kveðst enn hafa verki í hendinni og ekki fullan mátt. Ekki talið að það mætti rekja til mistaka starfsfólks sjúkrahúsanna heldur um að ræða vandamál sem fylgt geti slíkum brotum.

A fékk vægt heilaslag en ekki verður séð af gögnum málsins að tengsl séu á milli þess og aðgerðarinnar sem hún gekkst undir. Ekki var talið að gerð hefðu verið mistök með því að útskrifa A af sjúkrahúsi eins fljótt og gert var.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 3. maí 2005 var eftirfarandi:

Nefndin taldi ekki um að ræða mistök hjá starfsfólki Heilbrigðisstofnunar Suðurnesja né Landspítala - háskólasjúkrahúsi við meðhöndlun A.

1/2004

I

A leitaði til nefndarinnar vegna andláts B. Taldi A að mistök hefðu orðið við lækni meðferð B á Landspítala - háskólasjúkrahúsi frá febrúar 2001 til þess er hann lést í nóvember 2002. Ekki hafi verið rétt staðið að greiningu og meðferð kransæðasjúkdóms hans og óeðlilegur dráttur hafi orðið á kransæðaþræðingu og tímasetningu kransæðaaðgerðar. A óskaði einnig eftir að nefndin gæfi álit á því, ef talið yrði að mistök hefðu orðið, hvort mistökin hafi átt þátt í því, beint eða óbeint, að B lést.

Álit landlæknis lá fyrir í málinu.

B leitaði til heimilislæknis í febrúar 2001 vegna hjartsláttartruflana. Í ljós kom við rannsóknir hjá Landspítala - háskólasjúkrahúsi að hann var með forhólfatíf og var hann í framhaldi af því settur á blóðþynningarlyf og lyf við hjartaflökti. Blóðþynningarmedferðin gekk erfiðlega en B mætti illa í mælingar og óvíst var um meðferðarheldni. Gerðar voru tilraunir til rafvendingar en ekki tókst að snúa í sinustakt. B gekkst undir þolpróf í maí 2002 og þegar niðurstöður lágu fyrir var ákveðið að hann gengist undir hjartaþræðingu. Í júlí 2002 var B lagður inn vegna ofþynningar á blóði og var þá blóðþynningarmedferð hætt tímabundið. B gekkst undir hjartaþræðingu í september 2002 og kom þá í ljós alvarlegur 3ja æða sjúkdómur með lokun á hægri kransæð og verulegum þrengslum 70-80% í vinstri kransæðum. B var boðin kransæðaaðgerð í nóvember 2002 en hann hafnaði henni þar sem hann vildi ræða fyrst við sinn hjartalækni um aðra meðferðarmöguleika. B lést í nóvember 2002 og reyndist dánarorsök vera bráð hjartabilun á grundvelli útbreidds æðakölkunarsjúkdóms í kransæðum. Einnig fannst við krufningu gamalt hjartavöðvadrep og hjartstækkun.

II

Kvörtun A barst nefndinni 14. janúar 2004. Óskað var eftir greinargerð frá Landspítala - háskólasjúkrahúsi og barst hún þann 13. október 2004. Greinargerðin var send lögmanni A og þann 11. febrúar 2005 bárust athugasemdir frá lögmanni A.

III

Nefndin taldi ljóst af gögnum málsins að ekki væri unnt að rekja ástæður þess, hversu illa gekk að halda blóðþynningu stöðugri, til mistaka hjá starfsmönnum sjúkrahússins. Þegar rafvending tókst ekki leið nokkuð langur tími uns B leitaði aftur til læknis og höfðu einkenni hans þá versnað nokkuð. Erfitt er að fullyrða um það hvers vegna B leitaði ekki fyrr á spítalann. A taldi að B hefði átt von á símtali frá spítalanum þar sem hann yrði boðaður en fyrirvarsmenn spítalans töldu að honum hefði verið sagt að hafa samband sjálfum u.þ.b. mánuði eftir rafvendinguna. Ekkert kom fram um þessi samskipti í framlögðum gögnum og gat nefndin því ekki lagt mat á hvort væri rétt. Benti nefndin á að mikilvægt sé að samskipti við sjúklinga séu í föstum skorðum svo slíkur misskilningur komi ekki upp.

Eftir að ákveðið var að B gengist undir hjartaþræðingu liðu rúmlega þrjú mánuðir uns aðgerðin var framkvæmd. Taldi nefndin að sú bið eftir aðgerð hefði ekki verið óeðlilega löng miðað við þá biðlista sem eru í heilbrigðiskerfinu. B var boðið að gangast undir hjartaþræðingu hálfum mánuði fyrr en sá sér ekki fært að þiggja það. Þegar ljóst var að B þurfti að gangast undir kransæðaaðgerð var þegar sett af stað beiðni um það og beðið um að aðgerðinni yrði flýtt eins og unnt væri. B bauðst aðgerð þremur mánuðum síðar en hafnaði því. Hann lést síðan degi áður en aðgerðin hefði farið fram ef hann hefði þegið hana.

Nefndin taldi ekkert koma fram í framlögðum gögnum né greinargerðum aðila sem benti til að mistök hefðu orðið við lækni meðferð B. Biðlistar geti valdið tjóni en nefndin taldi það ekki falla undir sitt verksvið að fjalla um hver bæri ábyrgð á tjóni er verði vegna þeirra.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 16. júní 2005 var eftirfarandi:

Nefndin taldi ekki hafa orðið mistök hjá starfsfólki Landspítala - háskólasjúkrahúss við lækni meðferð B.

I

A leitaði til nefndarinnar vegna þess að hún taldi ekki hafa farið fram viðeigandi læknisrannsókn er hún leitaði til læknis á augndeild Landspítala - háskólasjúkrahúsi í október 2002. Hafi því orðið verulegur og afdrifaríkur dráttur á þeirri læknisrannsókn og meðferð. Krafðist A þess að nefndin mæti hvort koma hefði mátt í veg fyrir þann skaða er hún hlaut með viðeigandi rannsókn og meðferð í tæka tíð og hvort nægilega hafi verið gætt af hálfu spítalans að sinna lögbundinni skráningu og skýrslugerð og sinna upplýsingaskyldu gagnvart sjúklingi. Óskað var eftir að nefndin mæti hver bæri ábyrgð á því er miður fór og hvort stofnast hefði grundvöllur fyrir skaðabótum.

Álit landlæknis lá fyrir í málinu.

A vann á augndeild Landspítala - háskólasjúkrahúss og ræddi við deildarlækni á deildinni í október 2002 um að hún væri með stórar flygsur fyrir hægri auga og kveðst hafa beðið hann um að skoða augað. Það hafi hann ekki viljað og sagt að þess þyrfti ekki. Kveðst hún hafa spurt hvort hún ætti að fá augnlækni til að skoða augað en hann hafi sagt að það fengju allir svona flygsueinkenni. Nokkru síðar vaknaði A upp með allt svart fyrir hægri auga. Við skoðun kom í ljós algjört sjónhimnulós og gekkst hún undir aðgerð vegna þess. Í maí árið 2003 féll sjónhimnan aftur og þurfti hún að gangast undir bráðaaðgerð. Læknir sá er A ræddi við í október kveðst hafa hitt A ásamt öðrum hjúkrunarfræðingi í herbergi hjúkrunarfræðinga og þær hafi verið að tala um flygsur fyrir augum á frekar léttum nótum og hann hafi tekið þátt í því. Hjúkrunarfræðingur sá er var viðstaddur samskiptin kveðst ekki muna samtalið vel. A hafi þó minnst á það við deildarlækninn að hún væri með flygsur fyrir augunum og þær hafi spurt hvort hann hafi ekki ætlað að skoða hana. Talið hafi síðan borist að öðru og eyðst og ekki hafi orðið af skoðun.

II

Kvörtun A barst nefndinni 16. apríl 2004. Óskað var eftir greinargerð frá Landspítala - háskólasjúkrahúsi og barst hún þann 21. maí 2004. Greinargerðin var send lögmanni A og bærust athugasemdir frá honum þann 16. september 2004.

III

Lýsingum aðila í máli þessu á samskiptum þeirra ber ekki saman. Ljóst að ekki var rætt á eins formlegum nótum og rétt hefði verið að gera og reglur frá lækningaforstjóra spítalans kváðu á um. Sé frásögn A lögð til grundvallar hefði lækningum borið að bregðast við með því að ráðleggja A að skrá sig með formlegum hætti í viðtal. Það verður alltaf að teljast varhugavert að starfsfólk heilbrigðisstofnana ræði með óformlegum hætti um heilsufarsvandamál sín. Í þessu tilviki hefðu báðir aðilar átt að gera sér grein fyrir því að slíkar umræður eiga ekki að fara fram á göngum sjúkrahússins. Mikilvægt að öll slík samskipti séu nákvæmlega skráð til að unnt sé að meta eftirá hvort rétt hafi verið brugðist við. Þar sem það var ekki gert í þessu tilviki getur nefndin ekki skorið úr um réttmæti frásagna hvors aðila fyrir sig.

Telja verður að batahorfur A hefðu orðið betri ef fyrr hefði verið brugðist við með rannsókn og meðferð en eins og mál þetta lá fyrir gat nefndin ekki skorið úr um það hver bæri ábyrgð á því að A leitaði sér ekki frekari lækninga. Af sömu ástæðu gat nefndin ekki metið hvort stofnast hefði grundvöllur fyrir skaðabótum af hendi sjúkrahússins.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 23. febrúar 2005 var eftirfarandi:

Nefndin taldi sér ekki fært að skera úr um það hver bæri ábyrgð á því að A leitaði sér ekki frekari lækninga og því gat nefndin ekki metið hvort stofnast hefði grundvöllur fyrir skaðabótum af hendi sjúkrahússins.

I

A leitaði til nefndarinnar vegna ófrjósemisaðgerðar er hún gekkst undir á Sjúkrahúsi Akraness í nóvember 2002. Við aðgerðina komu tvö göt á görn hennar og veiktist hún alvarlega í kjölfarið. A óskaði eftir að nefndin endurskoðaði mat landlæknis vegna málsins og tæki afstöðu til þess hvort staðið hefði verið að aðgerðinni með forsvaranlegum hætti og hvort tilhlýðilega hafi verið staðið að eftirliti og meðferð A fyrir og eftir aðgerðina.

Álit landlæknis lá fyrir í málinu.

Aðgerð sú er A gekkst undir var framkvæmd með brennslu á báðum eggjaleiðurum og fór A heim af sjúkrahúsinu samdægurs. A fann fyrir vaxandi verkjum um neðri hluta kviðar og í síðu hægra megin og var lögð inn aftur rúmlega hálfum mánuði síðar. Var hún sett á sýkladrepanði lyf og tekin til bráðaáðgerðar. Reyndist um lífhimnubólgu að ræða og neðarlega á smágirni fundust tvö göt með u.þ.b. 7 cm millibili. A þjáðist þó áfram af lystarleysi, kviðverkjum og almennri vanlíðan. Í maí 2003 var hún lögð inn aftur vegna kviðverkja og kom þá í ljós garnastífla sem gekk til baka án aðgerðar.

II

Kvörtun A barst nefndinni 30. mars 2005. Óskað var eftir greinargerð frá Sjúkrahúsi Akraness og barst hún þann 16. júní 2005. Greinargerðin var send lögmanni A og bárust athugasemdir frá honum þann 14. september 2005.

III

A virtist ekki átta sig á því fyrirfram með hvaða hætti aðgerðin yrði framkvæmd. Ekki lá fyrir í gögnum málsins með hvaða hætti henni var kynnt það og um hugsanlega fylgikvilla né að hún hafi undirritað yfirlýsingu þess efnis. Taldi nefndin það ámælisvert og andstætt b-lið 1. mgr. og 2. mgr. 5. gr. laga um réttindi sjúklinga nr. 74/1997.

Ekkert kom fram í gögnum málsins sem benti til annars en staðið hefði verið að aðgerðinni með eðlilegum hætti. Nefndin taldi að skaði sá er A varð fyrir við aðgerðina væri sjaldgæfur en þekktur fylgikvilli með slíkum aðgerðum. Nefndin taldi einnig að brugðist hefði verið við með tilhlýðilegum hætti þegar A lagðist aftur inn á sjúkrahúsið.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 3. nóvember 2005 var eftirfarandi:

Nefndin taldi ámælisvert og andstætt lögum um réttindi sjúklinga að ekki væri ljóst með hvaða hætti A var kynnt hvernig aðgerðin yrði framkvæmd og um fylgikvilla og áhættu af slíkum aðgerðum. Nefndin taldi að tilhlýðilega hefði verið staðið að aðgerðinni og eftirmeðferð eftir hana.

2/2005

I

A kvartaði til nefndarinnar yfir höfnun Tryggingastofnunar ríkisins á því að endurgreiða kostnað vegna lyfja.

II

Kvörtun A barst nefndinni 18. apríl 2005.

III

Nefndin fjallar um ágreiningsmál skv. lögum nr. 91/1990 um heilbrigðisþjónustu og í 2. mgr. 1. gr. laganna er skilgreining á því hvað felst í heilbrigðisþjónustu í skilningi laganna.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 3. nóvember 2005 var eftirfarandi:

Málinu var vísað frá nefndinni þar sem það féll ekki undir starfssvið nefndarinnar.

5/2005

I

A kvartaði til nefndarinnar yfir störfum læknis sem leysti af sjálfstætt starfandi lækni.

II

Kvörtun A barst nefndinni 16. ágúst 2005.

III

Fyrir lá álit umboðsmanns Alþingis í máli nr. 1999/1997 um að það falli utan starfssviðs nefndarinnar að fjalla um kvartanir yfir störfum sjálfstætt starfandi lækna.

IV

Niðurstaða nefndarinnar þann 31. október 2005 var eftirfarandi:

Málinu var vísað frá nefndinni þar sem það félli ekki undir starfssvið nefndarinnar.