

## D Ó M U R

Héraðsdóms Reykjavíkur 3. apríl 2008 í máli nr. E-5897/2007:

**Kristín Kristjánsdóttir**

*(Dögg Pálsdóttir hrl.)*

**gegn**

**íslenska ríkinu**

*(Guðrún M. Árnadóttir hrl.)*

Mál þetta er höfðað með stefnu áritaðri um birtingu 13. september 2007 og dómtekið 7. mars 2008.

Stefnandi er Kristín Kristjánsdóttir, Bakkastöðum 67, Reykjavík.

Stefndi er íslenska ríkið.

Stefnandi krefst þess að stefnda verði gert að greiða stefnanda 21.462.366 krónur með vöxtum samkvæmt 16. gr. laga nr. 50/1993, af 13.579.368 krónum frá 15. ágúst 1994 til 19. maí 2003, af 21.462.366 krónum frá þeim degi til 6. nóvember 2003, en frá þeim degi með dráttarvöxtum samkvæmt III. kafla vaxtalaga, nr. 38/2001 til greiðsludags. Dráttarvextir leggist á höfuðstól á 12 mánaða fresti, í fyrsta sinn 6. nóvember 2004.

Þá krefst stefnandi þess að stefndi verði dæmdur til að greiða málskostnað.

Stefndi krefst aðallega sýknu og greiðslu málskostnaðar. Til vara er gerð krafa um að stefnukröfur verði verulega lækkaðar og málskostnaður í því tilviki felldur niður.

### *Málsatvik*

Á árinu 1990 greindist stefnandi með sáraristilbólgu. Hlaut stefnandi lyfja meðferð með steralyfinu prednisólón í maí 1990, sbr. dskj. nr. 6. Var stefnandi látin byrja á að taka 40 mg á dag en sá skammtur síðan trappaður niður í 5 mg 4 sinnum á dag, sbr. dskj. nr. 10. Stefnandi lagðist inn á sjúkrahús 25. október 1990 og 19. nóvember 1990 vegna blóðleysis sem þekkt er afleiðing sáraristilbólgu. Hafði stefnandi veikst af brjóskslosi þrem árum áður og gengist undir skurðaðgerð. Að

sögn stefnanda heppnaðist sú aðgerð vel, þó svo stefnandi hafi eftir það þjáðst nokkuð af bakverkjum. Frá í maí 1990 var stefnandi meira og minna á steralyfinu prednisólón og í ágúst 1994 kveðst hún samkvæmt læknisráði hafa tekið 15 mg af lyfinu einu sinni á dag.

Stefnandi gekkst 15. ágúst 1994 undir ristilnám á handlækningadeild Landspítalans. Á lyfjablaði við fyrstu innlögn kemur fram að við innlögn hafi henni verið gefið prednisólón þrisvar sinnum á dag, 5 mg hvert sinn. Lyfjafyrirmælum var breytt 20. ágúst 1994 varðandi prednisólón þannig að frá 20. til 23. ágúst 1994 átti hún að fá 10 mg einu sinni á dag og frá 24. til 27. ágúst 1994 átti hún að fá 5 mg einu sinni á dag. Stefnandi var útskrifuð af Landspítalanum 2. september 1994. Vegna gruns um þvagfærasýkingu við útskrift af Landspítalanum 2. september var stefnandi sett á lyfið nitrofurantoin. Tók stefnandi lyfið samkvæmt læknisráði í 2 mánuði. Stefnandi kveðst hafa verið með uppköst allan þennan tíma sem ekki hafi hætt fyrr en stefnandi hafi hætt að taka lyfið.

Stefnandi var aftur lögð inn á Landspítalann 13. september 1994 þar sem hún lá til 21. september 1994. Kveðst hún hafa kastað upp og verið með kviðverki frá því fáum dögum eftir að hún var útskrifuð eftir aðgerðina 2. september.

Stefnandi var aftur lögð inn á Landspítalann 23. september 1994 vegna kviðverkja og uppkasta. Fram kemur að við skoðun hafi stómað reynst vera talsvert þröngt og einhver „ischemia“ í endanum. Var stefnandi á sjúkrahúsinu til 1. nóvember 1994. Fram kemur að þann tíma hafi borið talsvert á „electrolyta“ truflunum, sbr. dskj. nr. 28-38.

Katrín Fjeldsted heimilislæknir stefnanda mældi blóðsölt stefnanda 17. nóvember 1994. Fram kemur að natríum hafi mælst 123 mmól/L og albumín 19 g/L. Í framhaldi var stefnandi lögð inn á Landspítalann 18. nóvember 1994, en hún hafði þá uppköst og kviðverki. Við innlögnina var hætt gjöf á nitrofurantoin og leiðrétt brenglun á vökva og næringarbúskap líkamans, sbr. dskj. nr. 39 til 41. Fram kemur að uppköstum hafi linnt í innlögninni. Stefnandi útskrifaðist af Landspítalanum 7. desember 1994.

Stefnandi var á ný lögð inn á Landspítalann 9. janúar 1995, sbr. dskj. nr. 42. Var hún útskrifuð 16. janúar 1995. Framkvæmd var 11. janúar 1995 „revisio ilestomia“ vegna ætlaðra þrengsla í görn. Viku eftir aðgerðina, eða 21. janúar 1995 hvolfdist görnin út, eða varð framfall á garnastóma með þeim hætti að langur stúfur lá úti. Önnur aðgerð var framkvæmd á stefnanda 17. ágúst 1995, eða „revisio ilesomia herniorafi institionalis“ og var stómað enn fest á sama stað. Í aðgerðinni kom fram að mjög litlir samvextir væru til staðar. Stefnandi gekkst undir fjórðu aðgerðina 9. nóvember 1995 sökum „prolaps“ í stóma. Var þá gerð „transplantio á ilestomiu“ og stómað fært til. Dausgarnarrauf var þá sett vinstra megin. Svokölluð „necrosa“ var komin á stómastúfina 17. nóvember 1995. Brann stefnandi í kringum opið vegna útferðar. Fór stefnandi í lækni skoðun til Tómasar Jónssonar 18. nóvember 1995. Tómas framkvæmdi „revisio á ilestomiu“ 20. nóvember 1995. Eftir þá aðgerð fékk stefnandi vel starfhæfa dausgarnarrauf.

Á árinu 1998 fór aftur að bera á kviðverkjum og uppköstum hjá stefnanda. Eftir rannsókn kom í ljós kviðslit að nýju við dausgarnarrauf og einnig í miðlínuöri. Stefnandi kveðst fyrir milligöngu Katrínar Fjeldsted heimilislæknis hafa hitt

prófessor Leif Hultén í ferð til Gautaborgar í Svíþjóð í desember 1998. Hafi þá verið tekin ákvörðun um að færa stómað yfir og koma því fyrir ofan við staðinn þar sem það hafi verið sett þrisvar áður og gera við kviðslitin. Hafi stefnandi verið lögð inn 27. maí 1999 á Sahlgrenska Sjúkhuset í Gautaborg þar sem dausgarnarrauf hafi enn á ný verið endurgerð. Hafi hún verið útskrifuð 9. júní 1999. Hafi stefnandi verið einkennalaus í nokkurn tíma en að nokkrum mánuðum liðnum á ný farið að bera á kviðverkjum, krampa og uppköstum. Ný rannsókn hafi sýnt að kviðveggurinn hafi á ný verið farinn að bila með nýjum kviðslitum. Ekki hafi þótt forsvaranlegt að reyna frekari aðgerðir til að lagfæra dausgarnarrauf eða kviðvegg stefnanda nema líf hennar lægi við.

Í dag kveðst stefnandi þjáast af þvagfæravandamálum, s.s. þvagteppu og verði hún að tappa af sér þvagi. Þá hafi fjölmargar kviðarholsaðgerðir orsakað slappleika í blöðru og skerta samdráttargetu vegna yfirþenslu. Þjáist stefnandi enn af tíðum kviðverkjum vegna garnastíflu. Að jafnaði þrisvar til fimm sinnum í viku verði stefnandi að leggja sig og reyna að ýta görninni inn, en það ferli geti tekið allt frá einni upp í fimm klukkustundir. Takist það ekki sé einnig þörf fyrir róandi lyf og jafnvel innlögn á sjúkrahús. Vegna þess andlega álags sem mein stefnanda hafi haft á hana hafi hún átt við áfallastreitu að etja, auk kvíða og þunglyndis og hafi hún hlotið meðferð vegna þess.

Stefnandi kveðst hafa starfað á leikskóla þegar hún hafi gengist undir aðgerðina vegna sáraristilbólgunnar. Þá hafi hún starfað sem dagmóðir í hálfu starfi fram til maí 1999 ásamt því að sinna heimilisstörfum. Kveðst stefnandi hafa orðið óvinnufær frá því hún hafi hætt störfum sem dagmóðir.

Vegna réttar stefnanda til bóta úr sjúklingatryggingu almannatrygginga mat Tryggingastofnun ríkisins örorku stefnanda 5. apríl 2002. Í því mati kemur fram að varanleg örorka stefnanda vegna atburðar 15. ágúst 1994 sem talin sé falla undir ákvæði almannatryggingarlaga um sjúklingatryggingu sé 49%. Að beiðni stefnanda vann Jónas Hallgrímsson læknir matsgerð samkvæmt lögum 50/1993 vegna mistaka sem stefnandi telur hafa orðið við meðferð eftir aðgerðina 15. ágúst 1994, sbr. dskj. nr. 100.

Stefnandi ritaði embætti ríkislögmans bréf 6. október 2003 þar sem farið var fram á bætur vegna ætlaðra mistaka heilbrigðisstarfsmanna stefnda, sbr. dskj. nr. 102. Með bréfi stefnda 7. maí 2004 var bótaskyldu ríkisins hafnað. Var þar m.a. vísað til álits Lúðvíks Ólafssonar þáverandi héraðslæknis í Reykjavík frá 21. september 1999, sbr. dskj. nr. 81.

Að beiðni stefnanda gaf Hannes Pétursson geðlæknir út vottorð um andlega erfiðleika stefnanda, en stefnandi hefur í tvígang verið lögð inn á geðdeild Landspítala að Kleppi. Er þar annars vegar um að ræða innlögn á árinu 2002 og aftur 26. apríl 2004, sbr. dskj. nr. 109. Samkvæmt áliti Hannesar Péturssonar þjáist stefnandi af áfallaröskun sem rekja megi til aðgerðarinnar og afleiðinga hennar. Við það bætist mikill og þráðlátur kvíði sem tengist áfallaröskuninni og á tímabili einnig geðlægðareinkennum. Þó svo nokkuð hafi dregið úr vanlíðan stefnanda með mikilli meðferð á Reykjalundi hafi hún engu að síður þörf fyrir áframhaldandi læknismeðferð og stuðning. Jónas Hallgrímsson læknir endurskoðaði 20. september 2004 fyrri matsgerð sína í ljósi núverandi ástands stefnanda.

Mál stefnanda á hendur stefnda var upphaflega þingfest 2. september 2004. Kveður stefnandi það hafa verið gert í því skyni að rjúfa fyrningu í málinu. Málið var fellt niður en höfðað á ný með stefnu þingfestri 26. apríl 2005. Við kröfur um skaðabætur var tekið mið af örorkumati Jónasar Hallgrímssonar lækni frá 20. september 2004. Undir meðferð málsins var ákveðið að leita álits Örorkunefndar. Álitsgerð Örorkunefndar frá 22. febrúar 2006 liggur fyrir í málinu. Aðalmeðferð málsins var ákveðin 9. október 2006. Þann dag vakti annar hinna sérfróðu meðdómenda, sérfræðingur í lyflækningum með meltingarsjúkdóma sem undirgrein, athygli á því að meginástæða einkenna stefnanda væri barksteraskortur sem orsakast hafi af því að steragjöf stefnanda hafi verið hætt mjög skyndilega. Var meðferð málsins frestað þegar þar var komið sögu og af hálfu stefnanda farið fram á við stefnda að bótaskylda yrði endurskoðuð í ljósi nýrra upplýsinga. Stefndi óskaði umsagnar heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis. Af hálfu ráðuneytisins var óskað álits lækna Landspítalans. Skilaði Tómas Jónsson læknir ódagsettri greinargerð, sbr. dskj. nr. 127. Af hálfu ráðuneytisins var einnig óskað umsagnar embættis landlækni, sbr. dskj. nr. 128. Fól embættið Ásgeiri Theodórs yfirlækni og sérfræðingi í meltingarsjúkdómum að skila álit. Í álit Ásgeirs frá 11. apríl 2007, sbr. dskj. nr. 131, segir m.a. að telja verði mjög líklegt að einkenni stefnanda, eins og lýst sé, hafi stafað af barksteraskorti vegna heiladinguls-/nýrnahettubælingar vegna langtíma barksteragjafar. Ekki sé að sjá af gögnum að viðbótarskammtur hafi verið gefinn af barksterum þrátt fyrir að álag vegna skurðaðgerðar og hugsanlegrar sýkingar (nitrofurantoin). Vel megi vera að lyfið nitrofurantoin hafi aukið á einkenni eins og lýst sé eða valdið öðrum. Erfitt sé að fullyrða um fylgikvilla þá sem tengist ilestomiunni en ekki sé hægt að útiloka að langvarandi veikindi eftir aðgerðina hafi stuðlað að vandamálu þar. Telja verði meiri líkur á að aðgerðin hefði ekki haft slíka fylgikvilla ef ekkert annað hefði komið upp á.

Stefndi lagði fyrir embætti landlækni í bréfi frá 2. maí 2007 að svara nokkrum spurningum varðandi álitæfnin, sbr. dskj. nr. 132. Svaraði Ásgeir Theodórs spurningum ráðuneytisins með bréfi 20. júní 2007, sbr. dskj. nr. 134. Í bréfinu kemur fram það álit hans að prednisólóngjöf (steralyf) hafi verið hætt of snögglega og að hluta af einkennum sjúklings megi tengja við það að inntöku lyfsins hafi verið of snögglega hætt. Fram kemur að Ásgeir hafi borið þetta atriði undir Gunnar Valtýsson, sérfræðingur í innkirtla- og efnaskiptasjúkdómum, og sé hann sammála þessu mati. Þá komi fram að mjög líklegt sé að einkenni stefnanda sem lýst sé eftir aðgerðina, s.s. slappleiki, ógleði, uppköst, o.s.frv. megi rekja til skorts á barksterum. Að lokum sé líklegt að fylgikvilla sem tengist ilestomiu megi að einhverju leyti rekja til þeirra veikinda sem stefnandi hafi gengið í gegnum vegna barksteraskorts.

Í ljósi athugasemda ríkislögmans kveðst stefnandi hafa tekið ákvörðun um að fella málið niður og höfða það á nýjan leik til að koma að nýrri málsástæðu varðandi of hraða niðurtröppun steragjafar. Hafi málið verið fellt niður án kostnaðar 2. júlí 2007.

Við aðalmeðferð málsins gaf stefnandi skýrslu fyrir dómi. Auk hennar gáfu skýrslu Katrín Fjeldsted heimilislæknir stefnanda, Bjarni Þjóðleifsson sérfræðingur í meltingarsjúkdómum, Oddfríður R. Jónsdóttir stómahjúkrunarfræðingur, Ásgeir Theodórs sérfræðingur í meltingarsjúkdómum, Gunnar Valtýsson, sérfræðingur í innkirtla- og efnaskiptasjúkdómum, Tómas Jónsson aðgerðarlæknir, Guðjón

Haraldsson þvagfærasérfræðingur, Páll Helgi Möller skurðlæknir, Ari. J. Jóhannesson innkirtlasérfræðingur og Pétur Hauksson geðlæknir.

Stefnandi kvaðst hafa farið í brjós-klosaðgerð í apríl 1987. Hafi aðgerðin gengið vel og hún í framhaldi ekki verið með neinar kvartanir í baki. Staðhæfingar stefnda um að stefnandi hafi haft viðvarandi þvagfærasýkingu væru ekki réttar. Hafi hún fyrir aðgerðina í ágúst 1994 í tvígang áður fengið þvagfærasýkingu, en það hafi verið á árunum 1988 og 1993. Þá kvaðst stefnandi ekki kannast við að hafa verið með svokallaða þvagteppu, svo sem stefndi héldi fram. Hafi hún fyrst eftir aðgerðina á árinu 1994 fengið þvagteppu. Væri staðan sú í dag að þvagblaðra stefnanda væri ónýtt. Stefnandi kvaðst hafa verið hjá Bjarna Þjóðleifssyni sérfræðingi vegna sjúkdóma er upp hafi komið um 1990. Hafi Bjarni speglað ristil stefnanda. Þá hafi stefnandi farið að taka stera og meira og minna tekið þá eftir það fram að aðgerðinni 1994. Kvaðst stefnandi muna að hún hafi einhverju sinni á þessu tímabili gert tilraun með að hætta steranotkun. Eftir tveggja mánaða stöpp hafi komið í ljós að það hafi ekki gengið og hún þá aftur byrjað á sterum. Í tengslum við aðgerðina 15. ágúst 1994 kvaðst stefnandi hafa sagt við hjúkrunarfræðing að hún hefði áhyggjur af steranotkun sinni í tengslum við aðgerðina. Ekki hafi stefnanda verið sagt neitt um steragjöf í tengslum við aðgerðina. Aðgerðin 15. ágúst 1994 hafi gengið mjög vel og hafi stefnanda verið tjáð að taka þyrfti „enda“. Hafi stefnandi útskrifast og farið aftur inn 13. september 1994. Stefnandi hafi verið sett á nitrofurantoin vegna þvagfærasýkinga við útskrift 2. september 1994. Hafi hún verið á því lyfi til 15. eða 16. nóvember 1994, er hún hafi sjálf hætt á lyfinu vegna aukaverkana. Kvaðst stefnandi ekki kannast við að hafa hætt töku á því lyfi 24. nóvember 1994. Stefnandi kvaðst hafa farið frísk heim eftir aðgerðina 2. september 1994. Hafi hún farið að finna fyrir ógleði og verið með uppköst og farið aftur inn 13. september 1994. Hafi hún glímt við sífelld uppköst og lést um 32 kg í 3ju legu. Hún hafi fengið lyf vegna hinna sífelldu uppkasta. Hún hafi alltaf verið þurr í munni en Tómas Jónsson læknir sagt henni að drekka ekki mikið. Hún hafi verið útskrifuð heim 1. nóvember 1994. Hafi hún verið mjög veik og ekki risið úr rúmi eftir að heim var komið. Hafi ástandið verið mjög slæmt, en Katrín Fjeldsted heimilislæknir hafi komið heim til stefnanda 17. nóvember 1994. Hafi hún tekið blóðprufur af stefnanda. Í framhaldi hafi Katrín hringt í Bjarna Þjóðleifsson sérfræðing og í framhaldi hafi stefnandi verið lögð inn á deild 14G. Stefnandi hafi fengið framfall á garnastóma 21. janúar 1995 í framhaldi af aðgerð sem hún hafi farið í 9. janúar 1995. Þá hafi 19 til 20 cm af görninni verið kominn út. Eftir athugun á deild hafi stefnandi verið send heim með görnina úti. Þannig hafi ástandið verið í 8 mánuði eða til 16. ágúst 1995 er garnastómað hafi verið lagfært. Hafi stefnandi á þessu tímabili verið með hjúkrunarfræðinga heima hjá sér í tíma og ótíma. Hafi stefnandi m.a. fengið belti sem hafi átt að styðja við „kökuna“. Ekki kvaðst stefnandi hafa fengið skýringu á því af hverju ekki hafi verið gert við garnastómað fyrr en 16. ágúst 1995.

Stefnandi kvaðst hafa sagt Tómasi Jónssyni lækni upp sem sérfræðingi sínum á árinu 1997. Hafi hún eftir það farið í aðgerð í Svíþjóð þar sem stómað hafi verið fært. Þá hafi svo verið komið málum að enginn læknir á Íslandi hafi viljað gera frekari aðgerðir á stefnanda. Aðgerð hafi verið framkvæmd ytra 31. maí 1999. Stómað sé enn á þeim stað er það hafi verið fært á úti. Stefnandi kvaðst vilja taka fram að ekki væri rétt er fram kæmi í stefnu að hún hafi fengið þriðja stigs bruna í kringum opið í innlögninni 8. nóvember til 29. nóvember 1995. Sennilega hafi verið um fyrsta stigs bruna að ræða. Hafi sár er myndast hafi verið lengi að gróa.

Stefnandi kvað líðan sína vera þannig í dag að hún færi á fætur kl. 5.00 á hverjum morgni. Í kjölfarið væri hún 3 til 4 klukkutíma við það að ýta görninni inn. Það þyrfti hún að gera 3 til 4 sinnum í viku. Þyrfti hún að gera ráð fyrir þessu í lífi sínu og einfaldlega taka það rólega. Annars færi allt í óefni. Hafi hún þurft að læra að lifa með þessu ástandi sínu.

Katrín Fjeldsted kvaðst hafa verið heimilislæknir stefnanda allt frá árinu 1988. Á árunum 1990 til 1994 hafi stefnandi verið hjá Katrínu og Bjarna Þjóðleifssyni sérfræðingi vegna sjúkdóma sinna. Þá hafi stefnandi verið í eftirliti á vegum Landspítalans. Þær upplýsingar er Katrín hefði um steragjöf stefnanda hefði hún eftir stefnanda sjálfum. Skammtastærð þeirra stera er stefnandi hafi tekið hafi verið ákveðin á Landspítalanum. Varðandi fullyrðingar um þvagfærasýkingar stefnanda kvaðst Katrín hafa séð af gögnum að fyrstu ummerki um slíkan sjúkdóm hafi verið 8. apríl 1988. Eftir það hafi ekki verið mikið á þvagfærasjúkdóma minnst. Þó megi sjá stað umfjöllunar um slíkt tilvik frá árinu 1987 í tengslum við brjós-klos. Þá komi fram merki um blöðrutruflanir, en brjós-klos hafi þá verið farið að hafa áhrif á blöðruna. Geti Katrín ekki að öðru leyti sannreynt neitt um vandkvæði tengd blöðru fyrir aðgerðina á árinu 1994. Stefnandi hafi farið á nitrofurantoin á árinu 1994 efir að þvag úr henni hafi farið í ræktun. Það lyf sé mjög oft notað vegna þvagfærasjúkdóma. Þá hafi legið fyrir að stefnandi hafi verið með ofnæmi fyrir lyfinu ampicillíni. Katrín kvaðst hafa fylgst með stefnanda eftir aðgerðina í ágúst 1994 og allar aðgerðir eftir það. Kvaðst hún m.a. hafa farið heim til stefnanda 18. nóvember 1994 en daginn á undan hafi Katrín verið búin að senda blóðprufu úr henni í ræktun. Komið hafi í ljós að sölt í líkama hafi öll verið í vitleysu. Í framhaldi hafi Katrín lagt stefnanda inn á Landspítalann. Katrín kvaðst hafa verið í bréfaskiptum við Tómas Jónsson aðgerðarlækni í byrjun árs 1995 vegna framfalls á garnastóma. Hafi Katrín verið að ýta á að eitthvað væri gert. Stefnandi hafi glímt við endalaus uppköst á þessum tíma. Hafi Katrín m.a. séð að byrjað hafi verið að grafa undan stómanu og að stefnandi þyrfti ef til vill að fara í aðra aðgerð. Hafi Katrín þó skilið að ekki hafi verið fýsilegt að senda stefnanda í aðra aðgerð svo skömmu eftir þá sem þá hafi verið nýlokið. Stómað hafi verið fært í nóvember 1995. Þá hafi verið komið kviðslit í vegg sem hafi verið reynt að meðhöndla. Hafi það ekki gengið. Katrín kvaðst þekkja alla sjúkrasögu stefnanda. Hafi hún haft mikil áhrif á stefnanda. Hún hafi átt erfiða fortíð. Hafi Katrín séð stefnanda missa líkamlega heilsu, auk þess sem tilfinningaleg líðan stefnanda hafi verið mjög erfið. Kvaðst Katrín hafa aðstoðað stefnanda við að fara í aðgerð til Svíþjóðar á árinu 1999. Á þeim tíma hafi stefnandi verið búin að missa trú á skurðlæknum á Íslandi. Katrín kvað skort á læknaþréfum hafa verið vandamál í tilfelli stefnanda. Hafi Katrín ekki í öllum tilfellum fengið læknaþréf frá göngudeildum varðandi lyfjagjöf stefnanda. Hafi hún því þurft að rita niður eftir stefnanda á hvaða lyfjum hún væri og hve mikið hún tæki.

Bjarni Þjóðleifsson kvaðst hafa annast stefnanda í veikindum hennar á árinu 1990. Hafi hann fyrst komið að hennar málum 24. apríl 1990. Hafi hún í upphafi verið lögð inn vegna gruns um matareitrun. Eftir að sýni hafi verið sent í ræktun hafi komið í ljós að um ristilbólgu væri að ræða. Á þeim tíma hafi stefnandi ekki viljað fara í frekari rannsóknir. Stefnandi hafi síðan farið í speglun 3. maí 1990 og hún þá verið greind. Einar Oddsson læknir hafi þá tekið að sér mál hennar. Hafi hún strax verið sett á 40 mg af prednisólón og sá skammtur síðan verið trappaður niður. Frá 6. nóvember 1990 hafi stefnandi farið á viðvarandi skammt af prednisólón. Hún hafi 2 sinnum fengið járn í æð. Einar Oddsson hafi síðan annast stefnanda fram til

júlí 1994 og Bjarni ekkert frekar komið að hennar málum. Sumarið 1994 hafi stefnandi orðið mjög veik. Þá hafi verið greind bólga í öllum ristli stefnanda. Einkenni hafi komið í ljós sem hafi sýnt að meðferð gengi ekki. Hafi verið mælt með brottnámi ristilsins. Hafi Bjarni ekki komið að þeirri aðgerð heldur hafi hann vísað stefnanda yfir á göngudeild til Tómasar Jónssonar læknis. Eftir það hafi Bjarni ekkert komið að máli stefnanda, fyrir utan að stefnandi hafi verið lögð inn á lyflækningadeild á árinu 1995 en það hafi verið gert í tengslum við það að Bjarni hafi komið að því að leysa þá stöðu að stefnandi hafi ekki verið sátt við þá meðferð sem hún hafi áður verið búin að fá á göngudeild. Upp hafi verið kominn ákveðinn trúnaðarbrestur á milli stefnanda og Tómasar Jónssonar. Bjarni kvaðst á engum tíma hafa komið að ákvörðunum um steragjöf stefnanda á árinu 1994. Ekki væri æskilegt að sjúklingar væru á sterum eftir aðgerð sem þá er stefnandi hafi undirgengist. Þekkt væri að skurðlæknar tröppuðu steragjöf hraðar niður heldur en lyflæknar. Það væri skurðlækna að ákveða slíkt þegar sjúklingar færu í aðgerð. Ekki hafi Bjarni verið kallaður til vegna niðurtröppunar á steragjöf stefnanda í ágúst 1994. Bjarni kvaðst telja að ástæða þess að nafn hans væri nefnt á dskj. nr. 60 hafa verið í ljósi þess er áður hafi verið nefnt um aðkomu Bjarna að málinu sökum trúnaðarbrests er þá var kominn upp. Bjarni kvaðst telja að barksteraskortur hafi verið möguleg ástæða fyrir uppköstum og vanlíðan stefnanda, þó svo sennilega væru margar ástæður fyrir því.

Oddfríður R. Jónsdóttir kvaðst hafa haft með höndum á Landspítalanum í ágúst 1994 að fræða stefnanda fyrir aðgerð um stómað og merkja stómastað. Þá hafi Oddfríður hitt stefnanda á meðan stefnandi hafi legið inni á spítalanum þar til í janúar 1995, auk þess sem Oddfríður hafi eftir það verið með stefnanda í heimahjúkrun. Að auki hafi hún hitt stefnanda á heimili hennar eftir fyrstu aðgerð í september 1994. Eftir aðgerð á framföllnu stóma í janúar 1995 hafi Oddfríður sinnt stefnanda heima við. Hafi það einkum verið í sambandi við umbúðir á stómanu, en erfitt hafi verið að búa um það. Kvaðst Oddfríður telja að stóma stefnanda hafi verið framfallið um 10 til 15 cm í janúar 1995. Hafi hún tekið ljósmyndir af stómanu við það tækifæri, en myndir af því væru í gögnum málsins. Myndirnar hafi sennilega verið teknar í mars til maí 1995. Gert hafi verið við framfallið stómað í ágúst 1995. Oft væri það svo að stóma byrjaði sem minna framfallið stóma, en það yrði aukning í því með tíma. Sár hafi komið undir stómað og lent undir stómaplötu. Hafi sárið verið „vessandi“. Að hennar mati hafi ekki verið um að ræða fistil á görn. Það sé ákvörðun skurðlækna að meta hvenær eigi að gera við slíkt sár. Á tímabilinu september til nóvember hafi líðan stefnanda ekki verið góð. Hún hafi þjáðst af ógleði og átt við uppköst að stríða. Þetta hafi verið viðvarandi. Stómað hafi síðan farið að leka í nóvember 1995 í tengslum við flutning á garnastómanu. Komið hafi drep í yfirborðið á stómanu. Húð hafi verið brunnin. Oddfríður kvaðst í starfi sínu upplifa svolítið af vandamálum hjá stómasjúklingum, en ýmsir fylgikvillar kæmu í kjölfar aðgerða.

Ásgeir Theodórs staðfesti að hafa unnið álitserðir fyrir embætti landlæknis 14. apríl 2007 og 20. júlí 2007 og frammi liggja á dskj. nr. 131 og 134. Kvaðst Ásgeir hafa meltingarsjúkdóma sem sérgrein. Hafi hann ekkert þekkt til stefnanda áður en hann hafi unnið álitserðina. Kvaðst hann hafa metið það svo að erindi landlæknis hafi verið nokkuð „þröngt“ skilgreint. Hafi hann einfaldlega verið spurður að því hvort steragjöf stefnanda hafi verið stöðvuð of fljótt eftir aðgerðina í ágúst 1994. Hafi hann fengið hluta af sjúkraskrár stefnanda áður en hann hafi unnið álitserðina. Hafi hann m.a. haft undir höndum lyfjablað frá í ágúst 1994.

Ekki hafi hann haft upplýsingar um hvaða lyf stefnandi hafi fengi í kringum aðgerðina sjálfa í ágúst 1994. Þá hafi hann ekki fengið í hendur neinar blóðrannsóknir sem framkvæmdar hafi verið á stefnanda í september til október 1994. Hafi Ásgeir fengið upplýsingar um niðurtröppun á steragjöf stefnanda fyrir aðgerð frá heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu. Kvaðst hann hafa komist að þeirri niðurstöðu að líkleg einkenni stefnanda í kjölfar aðgerðar hafi verið frá barksteraskorti. Fyrir hafi legið að stefnandi hafi verið búin að vera á sterum í mörg ár fyrir aðgerðina. Ásgeir kvaðst þekkja mismunandi viðhorf skurðlækna og lyflækna varðandi hraða niðurtröppunar stera og væru deildar meiningar um þetta. Til væru leiðbeiningar eða viðmiðunarreglur um hraða niðurtröppunar í textabókum í læknisfræði. Tími væri þó umdeildur. Hafi Ásgeir komist að þeirri niðurstöðu að niðurtröppun á 12 dögum í tilviki stefnanda hafi verið of hröð niðurtröppun. Einkenni stefnanda í leggunni 23. september 1994 til 1. nóvember 1994 hafi getað komið heim og saman við barksteraskort. Í tilviki stefnanda hafi sjúklingur þó tekið inn lyf, nitrofurantoin, sem hafi gert myndina flóknari. Kvaðst Ásgeir hafa borið einkenni stefnanda samkvæmt fyrsta lið í álitserð frá 20. júlí 2007 undir Gunnar Valtýsson. Gunnar hafi hins vegar engin gögn í málinu séð sjálfur. Ásgeir kvaðst hafa metið það svo að ef engir fylgikvillar hafi komið fram hjá stefnanda eftir aðgerðina í ágúst 1994 myndi stefnanda hafa vegnað mun betur í framhaldinu.

Gunnar Valtýsson kvað Ásgeir Theodórs hafa spurt sig um tilvik stefnanda. Hafi Gunnar fengið þær upplýsingar að steraskammtur stefnanda hafi verið trappaður niður á 12 dögum fyrir aðgerð. Hafi Gunnar metið það svo að slík niðurtröppun hafi verið of hröð. Gunnar kvaðst engin gögn hafa séð um stefnanda, en Ásgeir hafi gert Gunnari grein fyrir málavöxtum. Textabækur innan læknisfræði greindu frá því hvernig ætti að trappa steragjöf niður. Ekki kvaðst Gunnar kannast við að skiptar skoðanir væru á milli skurðlækna og lyflækna varðandi hraða niðurtröppunar stera. Einkenni barksteraskorts væru mikill lasleiki, svimi, ógleði, uppköst og lágur blóðþrýstingur. Klínískt mat væri haft að leiðarljósi við niðurtröppun þar sem fylgst væri vel með sjúklingi væri hann veikur. Gunnar kvaðst ekki þekkja til venju á Íslandi hve hratt sjúklingar væru trappaðir niður sem verið hafi á sterum lengi.

Tómas Jónsson staðfesti að hafa ásamt læknum Páli Helga Möller og Ara. J. Jóhannessyni unnið að álitserð á dskj. nr. 140. Í greinargerðinni væri rakið hvernig staðið hafi verið að niðurtröppun stera í tilviki stefnanda. Í tilviki stefnanda hafi sjúklingur verið búinn að vera lengi á lyfjum og lent í álagi. Hafi Tómasi verið kunnugt um að stefnandi hafi verið búin að vera á sterum frá árinu 1990, þó svo hann hafi ekki vitað um samfelldan tíma í steranotkun. Ekki væru allir sammála um hraða í niðurtröppun stera. Kvaðst Tómas jafnan reyna að trappa stera niður á um 10 dögum. Væri þetta kennt í sérnámi í Bandaríkjum Norður-Ameríku. Væru þetta nokkurs konar vinnureglur. Þegar þessar aðstæður væru uppi væri búið að nema á brott þann sjúkdóm er væri ástæða steragjafarinnar. Alltaf þyrfti að hafa aðgæslu við niðurtröppun. Mismunandi skoðanir væru á milli skurðlækna og lyflækna varðandi hraða á niðurtröppun. Ekki kvaðst Tómas kannast við einkenni barksteraskorts vegna niðurtröppunar á sterum. Niðurtröppun á sterum stefnanda hafi verið hætt 28. ágúst 1994 og hafi ekkert bent til að hún liði sérstakan barksteraskort. Natríumskortur hafi t.a.m. getað skýrst af garnaflæði í stómanu. Truflanir á stóma væru algengar. Algengt væri að þegar stóma væri sett upp að bólga kæmi í görn. Huga þyrfti að því að görn gæti dregist inn þegar hún gréri. Erfitt væri að láta plötu festast við stómað. Stefnandi hafi komið í innlögn 13.

september 1994 vegna gruns um starfsemistruflanir í stóma. Þröngt hafi verið um stómað. Reynt hafi verið að bíða af sér bólgu og bjúg vegna aðgerðarinnar. Þá hafi ekkert komið fram sem bent hafi til barksteraskorts. Við innlögn 23. september 1994 hafi kvillar komið í ljós. Hafi verið um að ræða sömu vandamál og upp hafi komið í innlögninni 13. september 1994. Áfram hafi verið vandamál með stómað. Stefnandi hafi tekið nitrofurantoin og verið með ógleði og uppköst. Ekki hafi verið talið að það væri sértaklega að rekja til nitrofurantoin heldur til garnarinnar. Stefnandi hafi viljað drekka mikið vatn. Þau einkenni hennar hafi getað sýnt ýmislegt, s.s. vökvaskort, áráttuhegðun o.s.frv. Komið hafi í ljós truflanir á söltum í líkama hennar. Reynt hafi verið að sjá af hverju hækkun á natríum hafi stafað. Mæling á blóði hafi farið fram 18. nóvember 1994. Öll einkenni hafi verið rakið til fylgikvilla aðgerðar á stóma. Aðgerð í janúar 1995 hafi verið framkvæmd í samræmi við aðgerðablað. Þá hafi legið fyrir ákveðinn grunur um þrengingu í kviðvegg. Aðgerð hafi verið talin nauðsynleg. Tómas kvaðst hafa kynnt sér hvort einhverjar rannsóknir hafi sýnt fram á að barksteraskortur hefði áhrif á stómafylgi kvilla. Ekki hafi hann séð nein slík tengsl. Aðgerð hafi verið gerð á stefnanda í nóvember 1995. Í hjúkrunarskráningu hafi verið skráð 18. nóvember að Tómas hafi komið og hreinsað o.fl. Fram hafi komið að gera hafi þurft lagfæringu eftir þá helgi. Tómas hafi komið á dagvakt 19. nóvember og ákveðið að gera aðgerðina næsta dag. Aðgerðin hafi verið framkvæmd næsta dag, á réttum tíma. Ekki hafi að hans mati verið ástæða til að gera aðgerðina fyrir þá helgi. Oft væri reynt að sjá hvort aðrar aðgerðir en skurður kæmu til greina, en skurðaðgerð væri alltaf síðasti kosturinn. Stefnandi hafi fengið framfallið stóma í janúar 1995. Framfall í stóma skapaði ekki lífshættulegar aðstæður og þurfi jafnan ekki bráðaaðgerð. Ákveðið hafi verið að bíða með aðgerð þar til í ágúst 1995. Tómas kvaðst á ári hafa með höndum á bilinu 10 til 20 aðgerðir vegna sáraristilbólgu. Hafi hann gert aðgerðir frá árinu 1988. Sjúklingar fá almennt allir prednisólón. Tómas kvaðst ekki hafa gefið stefnanda lyfið nitrofurantoin. Ákveðið hafi verið að flytja stómað í aðgerð í nóvember 1995. Hafi það verið gert sökum endurtekinna vandræða með fyrri stómastað.

Guðjón Haraldsson kvað erfiðleika hafa verið með þvag stefnanda í tengslum við aðgerð á henni í ágúst 1994. Stefnandi og Guðjón hafi rætt saman og brjós-klos stefnanda frá fyrri árum borið á góma. Tæming á blöðru stefnanda hafi ekki verið góð. Samkvæmt niðurstöðum frá 26. ágúst 1994 hafi verið um að ræða bólgu í blöðru og um langvarandi króníska bólgu að ræða. Þá hafi verið mælt með langtíma sýklalyfjameðferð. Gerð hafi verið þvagræktun og sjúklingur verið settur á ampicillín. Sjúklingur hafi fengið ofnæmi fyrir því lyfi 10 til 12 dögum eftir lyfjagjöf. Það væri þekkt og væru einkenni roði í húð og húðbreytingar. Þá hafi lyfjagjöf verið hætt. Eftir rannsókn í ágúst 1994 hafi stefnandi haft samband vegna lélegrar blöðrutæmingar. Hugað hafi verið að langtímalausn. Ekki kvaðst Guðjón muna eftir samskiptum við stefnanda eftir að hún hafi verið sett á lyfið nitrofurantoin. Það lyf hefði þrönga virkni og væri næmt á bakteríur sem ræktuðust úr þvagi stefnanda. Ræktun hafi mælt með notkun þessa lyfs en það væri hentugt við langtíma meðferð vegna krónískrar þvagfærasýkingar. Erfitt væri að tengja uppköst og ógleði þessu tiltekna lyfi. Væru þau einkenni oftast tengd stómavandamálum. Væru því ekki bein tengsl á milli lyfjagjafarinnar og uppkasta stefnanda. Ekki kvaðst Guðjón þekkja dæmi um tengsl nitrofurantoin og stómafylgikvilla. Uppköst stefnanda hafi fyrst og fremst verið vegna stómans. Hafi Guðjón t.a.m. tekið tölvusneiðmynd af stefnanda sem hafi sýnt að rennsli í stóma hafi verið minnkað. Ef tregða væri í flæði í gengum stóma gæti það valdið þenslu

sem gæti valdið ógleði. Ekki hafi Guðjón komið að áframhaldandi lyfjagjöf stefnanda. Sennilega hafi meltingarlæknar séð um þann þátt eftir 23. september 1994.

Páll Helgi Möller staðfesti að hafa staðið að ritun greinargerðar á dskj. nr. 140. Lýsti hann einstökum atriðum í greinargerðinni. Ekki kvaðst Páll hafa verið á staðnum er steragjöf stefnanda hafi verið tröppuð niður. Hafi hann sem skurðlæknir komið að ritun greinargerðarinnar. Hafi Páll miðað lýsingu á aðstæðum við sjúkraskýrslur stefnanda. Niðurtröppun á steragjöf stefnanda hafi ekki verið óeðlileg. Búið hafi verið að fjarlægja þann sjúkdóm sem hafi verið ástæða steragjafarinnar. Stefnandi hafi verið búin að vera á sterum meira og minna í 4 ár fyrir niðurtröppunina. Kvaðst Páll sjálfur vera með sambærilega sjúklinga en það væri mismunandi á milli skurðlækna hve hratt steragjöf væri tröppuð niður. Mikilvægt væri að þekkja til einkenna sjúklinga. Í dag væri algengt varðandi samskonar aðgerðir og stefnandi hafi undirgengist að endaparmurinn væri skilinn eftir þannig að sjúkdómurinn væri í raun enn til staðar. Í því tilviki þyrfti að trappa steragjöf niður á lengri tíma. Með steragjöfinni væri verið að hindra endurkomu sjúkdómsins. Um það fjölluðu almennar leiðbeiningar um niðurtröppun stera. Eins og áður sagði hafi sjúkdómur stefnanda verið fjarlægður og því hafi niðurtröppun átt sér stað eins hratt og kostur hafi verið á þar sem sterar væru óhagstæðir þar sem sár gréru verr vegna niðurbrots eggjahvítu og fitu. Ekkert í sjúkrasögu stefnanda hafi bent til þess að hún ætti við barksteraskort að etja í kjölfar aðgerðar. Aðrar og nærtækari skýringar á líðan stefnanda hafi legið fyrir um fylgikvilla aðgerðarinnar. Væru vel þekktir ýmsir fylgikvillar slíkra aðgerða, s.s. ógleði og uppköst. Ógleði og uppköst væru algengur aukaverkanir lyfja. Stefnandi hafi verið sett á nitrofurantoin. Þekktar aukaverkanir lyfsins væru uppköst og ógleði. Erfitt væri að halda fram að ógleði og uppköst stefnanda væru ekki neitt tengd nitrofurantoin. Í tilviki stefnanda hafi einfaldlega margar breytur verið inni í myndinni. Hafi á þessum tíma full ástæða verið til að ætla að líðan stefnanda hafi skýrst af skerðingu á flæði í gegnum smágirnið. Kortisol hafi verið mælt hjá stefnanda 18. nóvember 1994. Hafi mæling verið lá. Mæligildið 125 mmól/L væri ekki óalgeng tala og mæligildið 123 mmól/L ekki sjaldséð. Sjúklingar töpuðu miklu af natríum í legu. Við aðgerðir sem þá er stefnandi hafi farið í væru það alltaf skurðlæknar sem tækju ákvörðun um niðurtröppun á sterum. Kvaðst Páll eftir þetta hafa verið í sambandi við innkirtlasérfræðinga sem væru á annarri skoðun en hann um þetta atriði.

Ari J. Jóhannesson staðfesti að hafa staðið að ritun greinargerðar á dskj. nr. 140. Lýsti hann einstökum atriðum í greinargerðinni. Ari kvaðst vera sérfræðingur í innkirtla- og efnasjúkdómum og starfa á lyflækningadeild Landspítala háskólasjúkrahúss. Hafi Tómas Jónsson og Páll Helgi Möller farið þess á leit við Ara að hann kæmi að ritun greinargerðar vegna máls stefnanda á hendur stefnda. Ari kvaðst vera þeirrar skoðunar að algengt væri að læknar væru ósammála um einstök atriði innan læknisfræðinnar. Því væri almennt varasamt að alhæfa um einstök atriði. Kvaðst Ari hafa skoðað gögn málsins og sennilega hafa gert það betur en Gunnar Valtýsson. Kvaðst Ari vilja vekja sérstaka athygli á því að 18. nóvember 1994 hafi mælst eðlilegt kortisol í sermi á sama tíma og einkenni stefnanda sem hafi hafist við aðgerðina hafi enn verið til staðar, svo sem ógleði og lækkað blóðnatríum. Staðfesti það að heiladinguls- nýrnaheittuöxullinn hafi verið eðlilega starfandi, einnig miðað við streituástand. Þetta staðfesti eðlilegan heiladingulsöxul. Útiloki það að mati Ara að einkenni stefnanda hafi getað stafað af barksteraskorti. Þar af leiðandi væri ólíklegt að nýrnaheittuvanstarf sé orsök

einkennanna fyrir þann tíma, en áfram hafi borið á ógleði og uppköstum eftir að staðfest hafi verið að nýrnahettur hafi starfað eðlilega. Þetta væri algert lykilatriði. Þetta sé þrem mánuðum eftir aðgerð. Hvað með tímann áður? Í því efni megi benda á að þvagrannsóknir 25. október 1994 hafi ekki bent til steraskorts sem ástæðu fyrir natríum blóðlækkun sem stefnandi hafi verið með. Blóðnatríum hafi 18. nóvember 1994 mælst lægra heldur en fyrr eða síðar í legunni eða 122. Það vekur upp þá spurningu hvort einkennin áður hafi samt sem áður ekki getað verið vegna steraskorts. Í því efni megi benda á að samkvæmt eigin skoðunum Ara á sjúkraskýrslum stefnanda þá hafi einkenni fylgikvilla aðgerðarinnar ávalt gert tímalega vart við sig. Sé um að ræða flæðistíflu í stóma, trekktu flæði, þar með stífla í smágirni og það batni þegar vandamálin lagist. Enn væri unnt að spyrja hvort ekki væri samt sem áður um að ræða einhvern steraskort með hinu. Þá vilji Ari benda á það að það sé munur á steraskorti af völdum sterameðferðar og steraskorti af völdum sjúkdóms í nýrnahettum, þ.e. sjúkdóms sem eyði nýrnahettunum. Nýrnahettur framleiðdu tvær tegundir af sterum. Annars vegar sykurstera, sem hafi verið það sem stefnandi hafi verið á og væru notaðir í meðferð við bólgusjúkdómum og hins vegar saltstera. Einungis sykurstera væru undir stjórn heiladinguls. Saltsteraframleiðsla væri að sáralitlu leyti undir stjórn heiladinguls. Það táknaði að þegar steraskortur væri af völdum sykursterameðferðar þá yrði ekki salttap. Það yrði ekki þurrkur af völdum minnkunar á utanfrumuvökva. Það gæti orðið blóðnatríumlækkun en hún væri af öðrum ástæðum. Að gefa saltvatn við einkennum myndi ekki bæta ástand vegna langvinnrar steranotkunar. Það eina sem myndi bæta það væri að gefa stera. Einkenni stefnanda hafi verið sveiflukennnd. Afar ólíklegt væri að ef um langvarandi bælingu væri að ræða af völdum sykursterameðferðar að einkennin sem kæmu væru lítil sem engin einn dag og mjög mikil næsta dag. Ekki væri rétt að þeir sem væru á langtíma sterameðferð bæli skilyrðislaust öxulinn, það sýni t.a.m. þýsk rannsókn. Ekkert í sjúkdómssögu stefnanda hafi bent til að hún hafi orðið fyrir skaða vegna steraskorts. Engin ein leið væri rétt til að trappa niður stera. Þær rannsóknir sem vísað væri til og ráðleggingar sem væru gefnar miðuðu við að sjúkdómur væri enn til staðar, en einkenni sjúkdómsins mætti í þeim tilvikum ekki ýfa upp. Í tilviki stefnanda hafi sjúkdómurinn ekki lengur verið til staðar. Tengsl stómafylgikvilla við steraskort hafi verið rannsökuð, en ekki hafi Ari heyrt af neinum niðurstöðum sem sýndu þau tengsl. Ekki væri auðvelt að svara af hverju stefnandi hafi sótt svo mjög í hreint vatn. Því væri a.m.k. ekki lýst sem einkennum steraskorts. Talað væri um við svokallaðan Addison sjúkdóm sem yrði til þegar nýrnahettur eyddust og framleiðslan á bæði salt- og sykursteraminnkaði mjög mikið, væri vitað að sókn í salt væri algeng og þegar utanfrumurúmmál minnkaði fylgdi því eflaust þorsti. Kviðverkir, ógleði og uppköst væru algengari í Addison sjúkdóminum heldur en í sykursteraskorti vegna bælingar á nýrnahettu-, heiladingulsöxli. Þar með hefðu verið leiddar líkur að því að saltsteraskortur hefði eitthvað með það að gera. Sókn í vatn væri hins vegar mjög algeng og væru ýmsar ástæður fyrir því. Fyrir hafi legið haldbær rök um að niðurröppun á sterum hafi ekki skaðað stefnanda og hafi aðrar og nærtækari ástæður legið til grundvallar líðan hennar.

Pétur Hauksson staðfesti læknisvottorð á dskj. nr. 109. Kvaðst Pétur fyrst hafa komið að málum stefnanda á árinu 2004 en á þeim tíma hafi stefnandi verið á Reykjalundi. Á þeim tíma hafi Pétur verið læknir stefnanda. Hafi Pétur borið ábyrgð á meðferð stefnanda. Hafi stefnandi á þeim tíma verið með talsverð geðræn einkenni og hafi henni liðið illa. Hafi hún þjáðst af kvíða og geðlægd. Nærleggjandi skýringu á ástandi hennar hafi verið að sækja í veikindi hennar á árunum á undan

tengd ristilvandamálum. Hafi stefnandi verið greind með áfallaröskun. Margir sjúklingar sem greindust með áfallaröskun næðu sér að hluta aftur og sumir að fullu. Enn aðrir yrðu með sjúkdóminn að staðaldri. Lækningin væri fólgin í hugrænni atferlismeðferð sem væri samtalsmeðferð. Þá væri meðferð fólgin í gjöf á einhverjum geðlyfjum. Þegar um áfallaröskun væri að ræða væri sjúkdómurinn alltaf með áhrif úr fortíðinni. Í tilviki stefnanda hafi sjúkdómurinn alfarið verið rakinn til atburða á árunum 1994 og þar á eftir.

### *Málsástæður og lagarök stefnanda*

Stefnandi kveðst nú höfða mál í þriðja sinn á hendur stefnda til heimtu bóta úr hendi hans vegna bótaskyldra afleiðinga læknismeðferðar hennar eftir ristilnám 15. ágúst 1994. Málið hafi upphaflega verið höfðað með stefnu 2. september 2004 sem birt hafi verið stefnda 13. ágúst 2004. Fyrningarfrestur hafi þar með verið rofinn. Málið hafi verið fellt niður en höfðað að nýju innan þess frests sem kveðið sé á um í 11. gr. fyrningarlaga, nr. 14/1905. Af ástæðum sem fram hafi komið hafi aftur orðið að fella málið niður 2. júlí 2007. Í lögum nr. 14/1905 sé ekki takmarkað hversu oft mál megi höfða á ný eftir niðurfellingu. Stefnandi telji sér heimilt að höfða í þriðja sinn mál á hendur stefnda, enda hafi það verið gert innan tilskilinna tímamarka í 11. gr. laga nr. 14/1905.

Stefnandi byggi bótakröfu sína á hendur stefnda á því að orðið hafi skaðabótaskyld mistök í eftirfarandi lækni- og lyfjameðferð hennar eftir ristilnám í ágúst 1994. Hin bótaskyldu mistök felist í því að áralöng sterameðferð hennar hafi verið stöðvuð of hratt, eða á sjö dögum, að henni hafi verið gefið lyfið nitrofurantoin sem hafi haft sérstaklega slæmar aukaverkanir í ljósi ástands hennar, að hún hafi verið látin undirgangast aðgerð að óþörfu í byrjun árs 1995 og að óeðlileg töf hafi orðið á aðgerð haustið 1995.

Eins og fram komi í gögnum málsins hafi verið byrjað að gefa stefnanda sterylífið prednisólón í maí 1990 svo sem fram komi á dskj. nr. 6. Hafi hún verið látin byrja á að taka 40 mg á dag en það síðan verið trappað niður í 5 mg 4 sinnum á dag, sbr. dskj. nr. 10. Þegar stefnandi hafi lagst inn á Landspítalann 15. ágúst 1994 til að undirgangast ristilnám hafi hún verið að taka 15 mg af lyfinu prednisólón einu sinni á dag. Á lyfjableði við fyrstu innlögn, sbr. dskj. nr. 18, megi sjá að gjöf prednisólón hafi verið óbreytt frá 15. til 20. ágúst 1994, þ.e. 15 mg á dag. Síðan hafi lyfjagjöfin verið tröppuð snöggt niður í sjö daga, með þeim hætti sem nánar sé lýst í málavaxtalýsingu og 27. ágúst 1994 hafi prednisólóngjöf verið hætt.

Það sé viðurkennt að þegar sterameðferð hafi staðið yfir í nokkurn tíma verið að trappa steragjöfina mjög hægt niður. Talað sé um að þessi niðurtröppun taki allt að 6 til 8 vikur þegar sterar hafi verið gefnir í nokkra mánuði og enn lengri tíma þurfi til að trappa steragjöfina niður þegar sjúklingur hafi verið á sterameðferð í ár. Stefnandi hafi tekið inn stóra skammta af prednisólón, 15 til 20 mg á dag, í rúmlega fjögur ár. Þessi lyfjagjöf hafi verið tröppuð niður á 7 dögum og síðan hætt. Slík skyndileg stöðvun steragjafar muni vera lífshættuleg. Vitað sé að löng sterameðferð bæli alla starfsemi heiladinguls og nýrnahettna þannig að það verði barksteraskortur (bólguþandi nýrnahettuhormón).

Stefnandi telji þessa hröðu niðurtröppun hafa lagt líf hennar í hættu og að hún sé saknæm háttsemi af hálfu starfsmanna stefnda, sem stefndi beri skaðabótaábyrgð á. Gögn málsins sýni að strax og stefnandi hafi skyndilega verið látin hætta að taka prednisólón hafi komið í ljós skýr og afdráttarlaus einkenni barksteraskorts. Þau séu m.a. slappleiki, ógleði, uppköst, þyngdartap, lágt natríumgildi og kviðverkir. Þá megi sjá í sjúkraskýrslu hennar að hún hafi ávallt verið þyrst og hafi viljað hafa klaka í munni sem sé vel þekkt einkenni barksteraskorts. Sjúkdómeinkenni stefnanda varðandi barksteraskortinn séu eftir á að hyggja svo augljós að það sé með ólíkindum að öllum læknum skyldi hafa yfirsést að þetta hafi verið orsök ástands stefnanda frá byrjun september 1994 fram í miðjan nóvember 1994. Frekari vísbendingar hafi verið um barksteraskort, s.s. mikil truflun í „electrolytum“.

Sykursterameðferð hafi jafnframt óæskileg áhrif á vefjamyndun. Það með hafi dregið úr líkum á að dausgarnarrauf hafi getað gróið vel. Þessi langa lyfjagjöf sykurstera hafi veikt bandvef stefnanda og hæfni hans til að græða sár og fá vefi til að festast. Vegna þessarar staðreyndar, sem lækna hafi átt að vita um og vera vakandi fyrir, hafi þeim borið að gæta sérstakrar aðgæslu við eftirmeðferð stefnanda.

Þá hafi stefnanda verið gefið lyfið nitrofurantoin. Því lyfi sé varasamt að ávísa til sjúklinga sem hafi sögu um blóðleysi líkt og stefnandi, auk þess sem það hafi haft þekktar aukaverkanir sem séu m.a. ógleði, uppköst, kviðverkir, niðurgangur, útbrot, höfuðverkur og þunglyndi. Stöðug uppköst stefnanda hafi orðið þess valdandi að stöðugt álag hafi verið á kviðvegg stefnanda með þeim afleiðingum að skurðurinn eftir ristilnámið hafi aldrei fengið frið til að gróa.

Vegna ristilnámsins 15. ágúst 1994 og vegna áhrifa sykursterameðferðarinnar á vefmyndun hafi þessar aukaverkanir af lyfinu nitrofurantoin, samhliða einkennum barksteraskorts, verið sérstaklega hættulegar stefnanda, vegna þess álags sem stöðug uppköst hafi haft á kviðvegginn.

Vegna aðgerðarinnar hafi stefnandi verið með sauma í kvið sem aldrei hafi fengið frið til að gróa eftir að uppköstin hafi byrjað. Þegar stöðug uppköst og kviðverkir hafi farið að hrjá stefnanda hafi gjöf lyfsins nitrofurantoin engu að síður verið haldið áfram í stað þess að hætta þeirri lyfjagjöf tafarlaust til að ganga úr skugga um hvort þetta ástand stefnanda mætti rekja til aukaverkana lyfsins. Þá hafi stefnanda aldrei verið gefinn aukaskammtur af steralyfinu prednisólón, eins og eðlilegt hafi verið, ef lækna hefðu áttað sig á að einkenni hennar hafi verið vegna of snöggrar niðurtröppunar. Stefnandi hafi rætt það sérstaklega við lækna hvort þetta ástand mætti rekja til aukaverkana lyfsins nitrofurantoin. Stefnandi hafi þannig verið látin taka umrætt lyf í liðlega 9 vikur með þeim aukaverkunum sem áður voru rakið og afleiðingum sem raun bar vitni. Allt séu þetta aukaverkanir sem hafi verið mjög hættulegar stefnanda eftir umrædda aðgerð. Stefnandi telji að aldrei hafi átt að gefa henni lyf með aukaverkanir af þessu tagi og saknæmt að láta hana halda áfram á lyfinu eftir að aukaverkanir hafi komið fram. Að mati stefnanda hafi læknum mátt vera ljóst að stefnandi hefði óþol fyrir lyfinu nitrofurantoin, því auk ógleði, kviðverkja og uppkasta hafi stefnandi haft húðútbrot sem væru merki um óþol fyrir lyfinu.

Stefnandi telji það orka mjög tvímælis að gera hafi þurft „revisio” aðgerðina 11. janúar 1995. Lýsing meinafræðings þar sem ekki hafi verið getið örmyndunar í slímubeðju né garnavegg að öðru leyti, hafi bent til þess að þrenging hafi skipt litlu máli ef hún hafi þá verið nokkur, enda hafi röntgenrannsókn ekki gefið stíflu til kynna. Líklegra sé að sú alvarlega vökva- og salttruflun sem greinst hafi hjá stefnanda í nóvember 1994 sem rekja verði til barksteraskorts auk afleiðinga aukaverkana sem lyfið nitrofurantoin hafi haft í för með sér, hafi valdið vikkun garnarinnar. Vefjabruni vegna lyfjanna, næringarskortur, vökva- og saltjafnvægistruflanirnar og uppköstin sem rifið hafi alla sauma og vefi í sundur hafi orðið til þess að sár stefnanda eftir aðgerðina 15. ágúst 1994 hafi aldrei gróið. Röng ákvörðun um endurtekna aðgerð í byrjun árs 1995 hafi síðan leitt til þess að gerðar hafi verið á stefnanda endurteknar aðgerðir sem síðan hafi leitt til þess varanlega meins sem stefnandi sitji uppi með í dag.

Þá telji stefnandi að bótaskyld sé sú töf sem orðið hafi á framkvæmd fimmtu aðgerðar á stefnanda 20. nóvember 1995. Töfin hafi orðið til þess að stefnandi hafi hlotið fyrsta stigs brunasár í kringum stómað sem hægt hefði verið að komast hjá hefði læk'nirinn, Tómas Jónsson, framkvæmt aðgerðina eftir skoðun 18. nóvember 1995, þegar hann hafi séð að merki hafi verið um „iscemiu”.

Stefnandi telji að þróun ástands stefnanda eftir aðgerðina 15. ágúst 1994 verði ekki rakið til raða tilviljana heldur til raða mannlegra mistaka sem orðið hafi við lyfjagjöf, greiningu og meðhöndlun ástands hennar. Því verði stefndi að bera ábyrgð á því tjóni sem stefnandi hafi orðið fyrir. Stefnandi telji að álitgerð Ásgeirs Theodórs, frá 11. apríl 2007 á dskj. nr. 131 og 20. júní 2007 á dskj. nr. 134 staðfesti að óvenjulegar afleiðingar sem stefnandi hafi þurft að stríða við vegna ristilnámsins séu allar afleiðingar þess að prednisólonlyfjagjöfinni hafi verið hætt of snögglega. Ásgeir Theodórs segi í síðari álitgerð sinni að prednisólonlyfjagjöf hafi verið hætt of snögglega og segi jafnframt að Gunnar Valtýsson sérfræðingur í innkirtla- og efnaskiptasjúkdómum sé sammála því mati. Í fagskrifum um prednisólonlyfjagjöf komi alls staðar fram að trappa þurfi gjöf lyfsins hægt niður og að hröð niðurtröppun geti verið lífshættuleg, sbr. dskj. nr. 136. Ábending um niðurtröppun sé 2,5 mg á dag á eins til tveggja vikna fresti ef skammturinn hafi verið milli 19 og 10 mg á dag. Miðað við það hafi átt að trappa stefnanda niður á 6 til 12 vikum en gögn málsins sýni að það hafi verið gert á einni viku, sbr. dskj. nr. 124. Í innlögn hennar 23. september til 1. nóvember 1994 hafi allar vísbendingar verið um barksterabælingu. Í dagnótum frá 24. október 1994 sé skrifað að hún sé með electronlytatrufnanir, natrium sé lækkað og klór einnig. Kalíum hafi verið lágt. Mikið borið á vatnsdrykkju, sérstaklega í formi klakaneyslu. Stefnandi hafi verið beðin um að halda sig frá vatnsdrykkju en hún hafi átt erfitt með að halda sig frá klökunum, sbr. dskj. nr. 29. Ásgeir Theodórs telji í fyrra áliti sínu að meiri líkur hafi verið á því að stefnandi hefði ekki fengið þá fylgikvilla sem raun hafi orðið á eftir ristilnámið ef ekki hafi annað komið upp á. Með því sé ljóst að læk'nirinn sé að vísa til afleiðinga barksteraskortsins og ofnæmisviðbragða vegna lyfjagjafar.

Stefnandi telji að stefnda hafi ekki tekist að sýna fram á að óvenjulegar afleiðingar ristilnámsins tengist ristilnáminu sjálfu. Því beri að líta svo á að of hröð niðurtröppun prednisólons og ofnæmisviðbrögð vegna lyfjagjafar hafi verið megin ástæður þeirra afleiðinga sem hún hafi verið að glíma við eftir ristilnámið í ágúst 1994 og því beri stefndi skaðabótaábyrgð á tjóni hennar.

Stefnandi krefjist þess að henni verði dæmdar 21.462.366 krónur ásamt vöxtum samkvæmt 16. gr. laga nr. 50/1993, af 13.579.368 krónum frá 15. ágúst 1994 til 6. nóvember 2003, en frá þeim degi með dráttarvöxtum samkvæmt III. kafla vaxtalaga, nr. 38/2001 til greiðsludags. Dráttarvextir leggist á höfuðstól á 12 mánaða fresti, í fyrsta sinn 15. ágúst 1995 að því er vexti varðar og hinn 6. nóvember 2003 að því er dráttarvexti varðar. Stefnandi miði útreikning kröfu sinnar við ákvæði laga nr. 50/1993 og sundurliðist hún þannig:

*Þjáningabætur með rúmlegu samkvæmt 1. mgr. 3. gr. laga nr. 50/1993 frá 15. ágúst 1994 til 2. september 1994, frá 13. september 1994 til 21. september s.á., frá 23. september 1994 til 1. nóvember s.á., frá 18. nóvember 1994 til 7. desember s.á., frá 9. janúar 1995 til 16. janúar s.á., frá 16. ágúst 1995 til 24. ágúst s.á., og frá 8. nóvember 1995 til 29. nóvember s.á. Um sé að ræða 121 dag x 2.120 krónur, eða samtals 256.520 krónur.*

*Þjáningabætur án rúmlegu samkvæmt 1. mgr. 3. gr. laga nr. 50/1993 frá 15. ágúst 1994 til 29. nóvember 1995, að frádregnum 121 dögum sem stefnandi hafi verið rúmleggjandi. Um sé að ræða 333 daga x 1.140 krónur, eða samtals 379.620 krónur.*

*Varanlegur miski: Samkvæmt örorkumati Örorkunefndar sé varanlegur miski stefnanda 60%. Samkvæmt 4. gr. laga nr. 50/1993 reiknist hann 6.569.165 krónur x 0,60 eða 3.941.499 krónur.*

*Varanleg örorka: Samkvæmt örorkumati Örorkunefndar sé varanleg örorka stefnanda 60%. Samkvæmt 8. gr. laga nr. 50/1993 sé varanlega örorka stefnanda 3.691.840 krónur x 250% að frádregnum 20% vegna aldurs sem geri samtals 7.882.998 krónur.*

*Tímabundið atvinnutjón: Stefnandi krefjist 9.001.729 króna vegna tímabundins atvinnutjóns samkvæmt 1. mgr. 2. gr. laga nr. 50/1993. Stefnandi hafi verið í hálfu starfi sem dagmóðir fram til 5. maí 1999 ásamt því að sinna heimilisstörfum. Laun hennar samkvæmt skattframtali hafi ekki náð þeim viðmiðum sem skaðabótalög setji um lágmarkslaun. Sé því í útreikningum miðað við lágmarkslaun 1.200.000 krónur. Samkvæmt álit Örorkunefndar sé stöðugleikatímmapunktur náð 1. janúar 1995. Því mótmæli stefnandi. Stefnandi telji að stöðugleikatímmapunktur verði að miða við það tímamark þegar ljóst hafi verið að ekki yrði unnt með frekari aðgerðum að bæta ástand stefnanda. Það hafi fyrst legið fyrir eftir aðgerð sem gerð hafi verið á Sahlgrenska sjúkrahúsinu í Gautaborg í Svíþjóð, en þaðan hafi stefnandi útskrifast 9. júní 1999. Stöðugleikatímmapunktur sé því 9. júní 1999. Fari stefnandi fram á að henni verði bættur sá tekjumissir sem hún hafi orðið fyrir í kjölfar þess tjóns sem hún hafi orðið fyrir, eins og hún hafi unnið utan heimilis allan daginn frá tjónsdegi 15. ágúst 1994 til 9. júní 1999, samtals 9.001.729 krónur.*

Kröfu sinni til stuðnings vísi stefnandi til 3. mgr. 1. gr. laga nr. 50/1993. Samtals nemi bótakrafa stefnanda 21.462.366 krónum, ásamt vöxtum eins og þeir séu tilgreindir í kröfugerð. Vaxta sé krafist í samræmi við 16. gr. skaðabótalaga, þ.e. vaxta af bótum fyrir þjáningar, varanlegan miska, tímabundið atvinnutjón, samtals 13.579.368 krónur frá því tjónið varð 15. ágúst 1994 til þess tíma sem bótakrafan var fyrst sett fram og dráttarvaxta frá þeim tíma. Vaxta samkvæmt 16. gr.

skaðabótalaga af varanlegri örorku 7.882.998 krónum sé krafist frá þeim tíma sem Jónas Hallgrímsson hafi metið örorku stefnanda 19. maí 2003 til þess tíma sem bótakrafan fyrst hafi verið sett fram og dráttarvaxta frá þeim tíma.

Um lagarök vísar stefnandi til almennu skaðabótareglunnar, sérstaklega til reglna um ábyrgð atvinnurekanda á skaðaverkum starfsmanna sinna, þ.e. reglna um húsbóndaábyrgð. Um bótakröfuna sjálfa og útreikning hennar vísar stefnandi til d. liðar 80. gr. laga nr. 91/1991 um meðferð einkamála og til skaðabótalaga nr. 50/1993, einkum 1. til 4. gr. og 8. gr., sbr. 26. gr. laganna. Krafa um vexti er studd við lög nr. 50/1993 og vaxtalög nr. 38/2001. Krafa um málskostnað byggir á XXI. kafla laga nr. 91/1991.

### *Málsástæður og lagarök stefnda*

Stefndi kveður stefnanda reisa bótakröfu sína á því að í eftirfarandi lækni- og lyfjameðferð í kjölfar aðgerðar 15. ágúst 1994 hafi átt sér stað skaðabótaskyld mistök. Felist mistökin í því að áralöng sterameðferð (prednisólón) hafi verið stöðvuð of hratt, henni hafi verið gefið lyfið nitrofurantoin sem hafi haft sérstaklega slæmar aukaverkanir í ljósi ástands stefnanda, að hún hafi verið látin undirgangast að óþörfu aðgerð í byrjun árs 1995 og að óeðlileg töf hafi orðið á aðgerð haustið 1995. Af hálfu stefnda sé þessum sjónarmiðum stefnanda vísað á bug.

Stefnandi hafi haft að minnsta kosti í 4 ár sáraristilbólgu sem hafi svarað lyfjameðferð vel í fyrstu en að þeim tíma liðnum hafi Bjarni Þjóðleifsson sérfræðingur í meltingarsjúkdómum, sem henni hafi verið vísað til, talið ekki lengur stætt á að meðhöndla hana með lyfjum og hafi það endað með ristilbrottnámi, sbr. dskj. nr. 18, bls. 20. Stefnandi hafi verið lögð inn á Landspítala 15. ágúst 1994 til aðgerðar og hafi hún legið þar til 2. september 1994. Við innlögn hafi hún tekið 15 mg af prednisólón einu sinni á dag. Hinn 16. ágúst 1994 hafi aðgerðin verið gerð og hún gengið vel. Í sambandi við skurðaðgerðina hafi stefnandi fengið „solu cortef“ (hydrócortison) 100 mg í æð og sömuleiðis næsta dag. Dagana 18. og 19. hafi hún fengið 50 mg af „colu cortef“ í æð 3var sinnum á dag og 50 mg að morgni 20. ágúst 1994. Á dagvakt 20. ágúst, sbr. dskj. nr. 18, bls. 39, sé skráð í hjúkrunarskýrslu að stefnandi hafi áhyggjur af lyfjunum sínum og skilji ekki af hverju hún sé á svona miklu magni af steralyfjum. Á lyfjablaði á dskj. nr. 18, bls. 28 sé skráð fyrirmæli 20. ágúst um niðurtröppun prednisólón 15 mg einu sinni á dag í tveimur áföngum frá 21. til 23. ágúst og frá 24. ágúst til 27. ágúst, sbr. og blaðsíðu 27 og 30 um framkvæmd á henni. Dagana 21. til 23. ágúst hafi hún fengið prednisólón töflur 10 mg einu sinni á dag og frá 24. til 27. ágúst hafi hún fengið 5 mg á dag en síðan hafi meðferð verið hætt.

Í legunni hafi borið á ógleði en engum uppköstum. Í hjúkrunarskýrslu á dskj. nr. 18, bls. 38 til 44 sé lýst ógleði eftir aðgerðina á dagvakt 17. ágúst, á kvöldvakt 18. ágúst og á morgun og kvöldvakt 19. ágúst, sbr. bls. 41 til 42. Á kvöldvakt 21. ágúst sé lýst ógleði og viðvarandi ógleði á morgunvakt 22. ágúst, sbr. bls. 40 en engri ógleði sé lýst í hjúkrunarskýrslum efir þann tíma uns hún hafi útskrifast 2. september 1994.

Í beiðni um álit sérfræðings, dagsettri 24. ágúst 1994, á dskj. nr. 18, bls. 11, komi fram að í kjölfar aðgerðarinnar eftir að þvagleggur hafi verið fjarlægður hafi henni gengið illa að pissa og fengið þvagtrengðu. Hún hafi átt vanda til sýkinga í blöðru og eftir brjós-klosaðgerð fyrir nokkrum árum hafi hún átt í basli með þvag. Stefnandi hafi gengist undir blöðruspeglun 25. ágúst 1994 hjá Guðjóni Haraldssyni þvagfæraskurðlækni vegna þessa og þann dag hafi sýni af þvagleggsþvagi verið tekin og send í ræktun, sbr. dskj. nr. 18, bls. 16. Í aðgerðarlýsingu á dskj. nr. 24 komi fram að blöðruspeglun sýni útbreiddar blöðruból-gubreytingar. Bendi þær breytingar til að þær hafi staðið yfir í lengri tíma en stefnandi hafi legið inni og því verið til staðar fyrir aðgerð. Sérfræðingurinn hafi talið að langtíma sýklalyfjameðferð hafi þurft að koma til og ráðlagt þriggja mánaða sýklalyfjameðferð. Stefnandi hafi í byrjun verið sett á monotrim, sem hún hafi verið á frá 26. ágúst til 30. ágúst 1994, sbr. dskj. nr. 18, bls. 30. Svar úr ræktun hafi borist 30. ágúst og samkvæmt ræktunarsvari á dskj. nr. 18, bls. 16 hafi ræktast yfir 100.000 „enterococcar“ í ml með næmi fyrir ampicillíni, vancomysíni og nitrofurantoini. Samkvæmt fyrirmælum læknis á dskj. nr. 18, bls. 34 hafi þann dag verið skipt út sýklalyfjum samkvæmt næmi og hún verið sett á ampicillín, sbr. dskj. nr. 18, bls. 30 og 43. Samkvæmt lyfjablaði hafi hún því verið á lyfi er hún hafi útskrifast 2. september 1994.

Stefnandi hafi á ný verið lögð inn á Landspítalann 13. september 1994 vegna uppkasta og kviðverkja frá aðfaranótt 11. september 1994 og hafi hún sjálf kennt um grillsneiðum er hún hafi verið að borða á sunnudagskvöldið, sbr. framhaldsblað á dskj. nr. 26. Stefnandi hafi ekki verið bráðveikindaleg við komu. Hún hafi verið þurr, kviður mjúkur og ekki þaninn. Hún hafi útskrifast 21. september 1994. Í sjúkraskrá vegna þeirrar legu komi hvorki fram að hún hafi verið að taka nitrofurantoin þegar hún hafi lagst inn né að hún hafi fengið það í legunni, sbr. dskj. nr. 25 til 27.

Stefnandi hafi fengið vökva í æð og við komu blöðgildi, fjöldi hvítra blóðkorna, magn natríum og kalíum og nýrnapróf (kreatínin) verið innan eðlilegra marka. Á fyrsta sólarhring hafi samtals 3190 ml komið í garnastómað, sem sé talsvert umfram eðlilegt magn. Næstu daga hafi garnastómaflæði farið úr 2760 ml niður í 1030 ml þann 19. september 1994 og í 1330 ml næsta dag á eftir. Verði að telja það innan eðlilegra marka. Við aukið tap á garnainnihaldi um garnastóma eigi sér stað tap á natríum sem skýri óverulega lækkun þess (133 mmól/L) næstu daga. Kalíum hafi haldist innan eðlilegra marka. Í hjúkrunarskýrslum komi fram að stefnandi drekki vatn eingöngu og beri því við að kviðverkir minnki við vatnsdrykkju. Að morgni 14. september 1994 hafi stefnandi fengið grænleit uppköst og aftur kastað upp um hádegi. Ekki sé lýst neinum uppköstum eftir það né ógleði nema aðfaranótt 19. september 1994 þar sem því sé lýst að hún hafi haft ógleði um nóttina og fengið lyf við því að morgni með góðri verkan. Við útskrift hafi bæði natríum og kalíum verið eðlilegt. Talið hafi verið að ástæða ógleði, uppkasta og kviðverkja hafi stafað af „disfunction í ilestomiunni“, sennilega vegna „relativrar stenosu“ og verið reynt að meðhöndla þetta „concervativt“ og hafi einkennin gengið til baka.

Stefnandi hafi aftur verið lögð inn 23. september 1994 vegna kviðverkja og uppkasta. Við skoðun hafi fundist að stómað hafi verið talsvert þröngt og einhver „ischemina“ í endanum. Hafi þurft að gera á því „revisio“ en stefnandi

verið því mjög mótfallin. Hafi verið reynt að meðhöndla þetta án aðgerðar. Ástandið hafi lagast eftir því sem á leguna hafi liðið og þar sem stefnandi hafi algjörlega verið mótfallin því að fara í aðgerð, eins og á hafi staðið, hafi hún verið útskrifuð 1. nóvember 1994, sbr. dskj. nr. 30.

Samkvæmt lyfjablaði á dskj. nr. 31 hafi stefnandi verið sett á nitrofurantoin 24. september 1994 en síðan tarvid í æð 25. til 27. september 1994 en frá þeim tíma hafi verið haldið áfram með nitrofurantoin og þeirri lyfjameðferð verið hætt 24. október 1994. Óskað hafi verið eftir álitni sérfræðings vegna útbrotu í andliti, sbr. dskj. nr. 31. Þar komi fram að stefnandi hafi verið sett á ampicillín í kjölfar ristilbrottnámsins en á 11. degi lyfjatöku hafi komið mikil útbrot og kláði í andlit og á bringu. Hafi hún fengið ofnæmislyf og gengið eitthvað til baka en aldrei alveg og sé svar sérfræðings sem hafi ráðlagt húðkrem dagsett 6. október 1994. Í þessari legu hafi stefnandi haft ógleði og uppköst fyrstu tvo legudagana 23. og 24. september 1994. Daginn eftir innlögn hafi verið tekið kviðyfirlit og hafi það sýnt talsverða þenslu á nokkrum mjógirnislýkkjum og hafi það verið túlkað sem stífla í smágirni (e. intestinal obstruction). Endurtekið kviðyfirlit 26. september 1994 hafi sýnt minni þenslu á mjógirnislýkkjum sem hafi verið merki um minnkandi flæðisskerðingu og stefnandi því verið sett á fljótandi fæði. Mjógirnissókn 28. september 1994 hafi sýnt að garnir hafi víkkað sig alls staðar vel út, að slímhúð hafi verið eðlileg og að eðlilegt flæði hafi verið þvert yfir garnastómapoka á kvið. Uppköstum sé næst lýst eftir að stefnandi hafi 30. september 1994 verið komin á létt fæði, aðfaranótt og á dagvakt 1. október 1994 og lítið komið í garnastóma. Daginn eftir hafi stómaflæði verið komið í lag og ógleði horfin og stefnandi aftur sett á fljótandi fæði 3. október 1994. Lýst sé smáógleði 4. til 6. og 8. til 9. október 1994 og smáuppköstum 8. október. Þann dag hafi nýtt kviðyfirlit verið fengið sem sýnt hafi merki um stíflu í smágirni. Stefnandi hafi aftur verið komin á fljótandi fæði 10. október 1994. Ógleði sé lýst 13., 14. og 16. október 1994 og ógleði og uppköstum 18. október 1994 á nætur-, morgun- og kvöldvakt. Ennfremur smáuppköstum 19., 22. og 23. október 1994. Efir uppköst 18. október hafi verið rætt um magaspeglun sem stefnandi hafi færst undan. Ný mjógirnissókn hafi verið fengin 21. október 1994 og hafi þá komið fram þindarslit og að skuggaefni gengi greiðlega upp í vélinda. Greitt rennsli hafi verið í gegnum smágirni og út í garnastómapoka. Þrátt fyrir það hafi bæði „ásgarnir“ (jejeunum) og „dausgarnir“ (ileum) verið víkkaðar sem hafi gefið til kynna að um einhverja flæðisskerðingu hafi verið að ræða neðst í „dausgörn“ eða í kviðveggnum (stóma). Eftir að nitrofurantoingjöf hafi verið hætt 24. október 1994 sé lýst ógleði 25. til 27. október 1994 og smáuppköstum 24. og 25. október 1994 eftir morgunmat og uppköstum aftur lýst 28. og 29. október 1994. Í legunni hafi stefnandi bæði verið andlega langt niðri og kvíðin og mikið borið á vatnsdrykkju í formi klakaneyslu.

Ekki fái staðist staðhæfingar stefnanda um að í þeirri legu hafi borið allan tímann á „elektolyta“ truflunum. Blóðprufur við komu hafi sýnt hækkun á hvítum blóðkornum og óverulega lækkun á natríum en kalíum, kreatínin og fjöldi rauð kyrninga í blóði verið innan eðlilegra marka. Á tímabili seinni hluta legunnar hafi orðið lækkun í natríum og kalíum sem brugðist hafi verið við með vökvagjöf með natríum og kalíum viðbótum. Slíkar breytingar séu algengar á skurðlækningadeildum og hjá einstaklingum sem eigi við svipuð vandamál að stríða og stefnandi hafi átt við að etja á þessu tímabili. Í legunni hafi natríum farið lægst niður í 123 mmól/L þann 23. október 1994 og kalíum lægst niður í 2.7 mmól/L þann 22. október 1994. Lækkun á natríum sem sé á bilinu 125 til 135

mmól/L sé almennt talin vera of væg og yfirleitt einkennalaus. Kreatínin og fjöldi rauðkyrninga hafi allan legutíma verið talin innan eðlilegra marka.

Í legunni eða frá 25. til 26. október 1994 hafi þvagsöfnun verið fengin hjá stefnanda í einn sólarhring og mælt osmólápéttni þvags sem hafi verið lækkað eða 274 mOsm/L (viðmiðunargildi 500-800 mOsm/L) og natríum í þvagi sem hafi verið <1 mmól/L. Þegar osmólápéttni natríums í þvagi sé lækkað > 100 mOsm/L, eins og í tilviki stefnanda, bendi það til truflunar í útskilnaði vatns um nýru. Hlutfall vatns sé meira í natríum í þvagi. Með hjálp mælingar á natríum í þvagi sé hægt að átta sig á hvort lækkinin í natríum í blóði stafi af tapi á natríum í gegnum nýrun eða hvort tapið eigi sér stað utan nýrna. Natríum í þvagi sem sé < 20 mmól/L bendi til að vökvatap eigi sér stað utan nýrna eins og við uppköst eða niðurgang en ekki til nýrnahettubílnar eins og vænta megi ef steraskortur sé til staðar en í þeim tilfellum sé natríum í þvagi > 20 mmól/L. Á þessum tíma hafi stefnandi engan vökva fengið í æð sem annars hefði getað valdið vandkvæðum með túlkun á rannsóknarniðurstöðum. Hafi þær niðurstöður ekki bent til nýrnahettubílnar.

Stefnandi hafi verið lögð á ný inn á Landspítalann 18. nóvember 1994 nú á lyflækningadeild vegna vannæringar, ógleði og andlegrar vanlíðunar og hafi hún legið þar til 7. desember 1994. Stefnandi hafi verið hjá Katrínu Fjeldsted heimilislækni 17. nóvember 1994 og hafi natríum þá mælst 123 mmól/L og albúmín 19 g/L (viðmiðunargildi 35 til 51 g/L). Fram komi í sjúkraskýrslu að eftir síðustu legu hafi stefnandi þjáðst af ógleði og átt erfitt með að nærast heima. Við komu hafi blóðþrýstingur verið 140/85 og púls 80/mín og stefnandi hitalaus. Daginn eftir, eða 19. nóvember 1994, hafi stefnandi verið með hita eða 38°C. Þvagræktun hafi verið tekin og hún reynst jákvæð og stefnandi því verið sett á tarivid í æð sem hætt hafi verið 24. nóvember 1994. Stefnandi hafi fengið fulla næringu í æð á meðan á innlögn hafi staðið.

Albúmín við komu á Landspítala 18. nóvember 1994 hafi verið 22g/L og hafi verið komið í 27 g/L 1. desember 1994. Natríum hafi verið komið í 122 mmól/L 18. nóvember 1994, kalíum í 3.2 mmól/L, kreatín í 53 µmól/L og blóðsykur í 4.9 mmól/L og þann 1. desember 1994 hafi natríum verið komið í 136 mmól/L, kalíum 4.3 mmól/L og kreatínin verið 44 µmól/L.

Fram hafi komið í óundirrituðu minnisblaði vangaveltur um Addison sjúkdóm (nýrnahettubæling) og því til staðfestingar hafi cortisól verið mælt í blóði við komu 18. nóvember 1994. Sé tímamæling þeirrar mælingar kl. 23.12. Hvað cortisól varði sé áberandi dagsveifla sem bundin sé svefntakti. Þannig sé serungildi cortisól hæst um kl. 8.00 að morgni, lækki tiltölulega hratt fram að hádegi en síðan hæggar með lágmarki um og eftir miðnætti. Streita valdi hækkun á cortisól í sermi. Cortisól í blóði hjá stefnanda hafi verið eðlilegt eða 574 nmól/l en viðmiðunargildi cortisól í blóði sé 258 til 830 nmól/l. Þannig megi gera ráð fyrir að cortisólgildi stefnanda í blóði hefði verið hærra en 574 nmól/L hafi það verið mælt á morguntíma eins og venja sé. Samkvæmt fyrirmælum 19. nóvember 1994 skrifi Sigurður Guðmundsson lyflæknir að ekki eigi að láta stefnanda drekka hreint vatn heldur eingöngu saltlausnir en fram komi í hjúkrunarskýrslum í fyrri legu að stefnandi hafi leitað í að drekka hreint vatn. Fram komi í beiðni Sigurðar Guðmundssonar lyflæknis 19. nóvember 1994 til svæfingalækna spurningar um hvort ástæða vannæringar stefnanda kunni að vera af geðrænum toga (e. psychogen polydipsia). Við mikla vatnsdrykkju verði saltinnihald þvags lítið og þvagnmagn

aukist.

Stefnandi hafi útskrifast af Landspítalanum 7. desember 1994 við ágæta líðan. Í leggunni hafi hún haft nokkra ógleði en ekki sé minnst á uppköst nema á næturvakt 19. nóvember 1994, sbr. dskj. nr. 39, bls. 23 til 25. Í leggunni hafi andlegt og líkamlegt ástand hennar batnað verulega og matarlyst orðið eðlileg og við eftirlit 22. desember 1994 hafi henni gengið ágætlega að nærast, verið orðin bjartsýn og liðið vel, sbr. dskj. nr. 41.

Stefnandi hafi verið lögð inn 9. janúar 1995 til aðgerðar þar sem framkvæmd hafi verið lagfæring á garnastóma (*e. revision of ilestomy*). Við innskrift komi fram að stefnandi hafi oft haft ógleði og kviðverki. Einnig komi fram að stefnandi hafi lítið getað nærst frá fyrri legu. Aðgerð hafi verið framkvæmd 11. janúar 1995 af Tómasi Jónssyni og ábending aðgerðar þrenging í garnastóma og spurning um kviðslit. Við aðgerðina hafi smágirni strax innan við kviðvegginn strax verið verulega vítt og talið skýrast af þrengslum í stómanu. Við innlögnina hafi natríum verið 130 mmól/L og kalíum 3.2 mmól/L og þann 12. janúar 1995 hafi natríum verið komið í 132 mmól/L og kalíum í 3.6 mmól/L. Fyrir aðgerðina hafi stefnandi verið kviðin og með ógleði og uppköst sem hvoru tveggja hafi horfið eftir aðgerðina, sbr. hjúkrunarskráningar á dskj. nr. 42. Stefnandi hafi útskrifast 16. janúar 1995 við ágæta líðan samkvæmt hjúkrunarskýrslu.

Stefnandi hafi komið með sjúkrabifreið á bráðamóttöku Landspítala 21. janúar 1995 vegna framfalls (*e. prolapse*) á garnastóma en það hafi staðið eina 6 til 7 cm út. Samkvæmt dskj. nr. 50 hafi gengið ágætlega heima fyrir eftir útskriftina 16. janúar 1995 utan verkjaseyðing í kvið. Stefnandi hafi reynst hafa lítið graftarkýli (*e. abscess*) í húð við stómað og hafi það verið tæmt af Tómasi Jónssyni. Stefnandi hafi útskrifast sama dag heim af bráðamóttöku og hafi frekara eftirlit verið fyrirhugað hjá Tómasi.

Við skoðun á stofu hjá Tómasi Jónssyni í maí 1995 hafi komið til viðbótar „prolaps á stomiu” í ljós kviðslit, „incisional hernia”, sbr. dskj. nr. 52 og síðar sár.

Stefnandi hafi lagst inn á Landspítala 16. ágúst 1995 til aðgerðar þar sem framkvæmd hafi verið lagfæring á garnastóma og hafi ábending aðgerðar verið framfall á garnastóma. Ástæða þess að ekki hafi komið til aðgerðar fyrr hafi verið að sár sem hafi myndast við stómað eftir að graftarkýli hafi verið tæmt út 21. janúar 1995. Blóðprufur sem hafi verið teknar 15. ágúst 1995 hafi sýnt að albúmín hafi verið 51 g/L og að saltbúskapur hafi verið eðlilegur. Líðan stefnanda samkvæmt sjúkraskýrslu muni hafa verið með ágætum fyrir utan vandræðin með framfallið garnastómað. Gerður hafi verið kviðarholsskurður og garnastómað auk kviðslits í miðlínu lagað. Gangur eftir aðgerð hafi verið fylgikvillalaus og stefnandi útskrifast 24. ágúst 1995 við ágæta líðan.

Þrátt fyrir aðgerðina hafi stefnandi aftur fengið framfall á garnastóma og „herniu í incisionina”. Stefnandi hafi lagst inn á Landspítala 8. nóvember 1995 til aðgerðar sem framkvæmd hafi verið 9. nóvember 1995, sbr. dskj. nr. 63 og garna stomian flutt (*e. transplantatio of ilestomy*) yfir á vinstri hluta kviðar. Aðgerðina hafi framkvæmt Tómas Jónsson. Garnastómað hafi borið þess merki 17. nóvember 1995 að skerðing hafi orðið á blóðflæði til stómans. Þar sem drep hafi myndast og

erfiðlega gengið að halda þéttu umhverfis garnastómað hafi verið ákveðið að taka stefnanda til aðgerðar sem framkvæmd hafi verið 20. nóvember 1995 af Tómasi Jónssyni. Við aðgerðina hafi komið í ljós að garnahengjan (*e. mesenterium*) hafi verið í streng og að á það hafi komið tog vegna samvaxta milli þess og fyrri aðgerðarsvæðis. Þegar garnainnihald liggir við húð sé hætta á útbrotum vegna ertingar frá garnainnihaldi. Sé það þekkt vandamál og ýmsar leiðir notaðar til að draga úr þeim fylgikvilla. Slíkt vandamál sé ekki ástæða bráðrar aðgerðar né heldur blóðþurrð í stóma. Ekki liggir fyrir nein gögn sem styðji fullyrðingar um að af hafi hlotist þriggja stigs bruni. Í legunni hafi stefnandi greinst með þvagfærasýkingu 26. nóvember 1995 og hafi hún verið sett á mónótrim samkvæmt næmi. Stefnandi hafi útskrifast 29. nóvember 1995 við ágæta líðan.

Í kjölfar aðgerða í nóvember 1995 hafi stefnandi fengið vel starfhæfa daus garnarrauf en á árinu 1998 hafi farið að bera á kviðverkjum og uppköstum og í ljós komið við rannsókn kviðslit að nýju. Við tölvusneiðmyndatöku af kviðarholi hafi komið í ljós kviðslit við garnastóm (*e. parastomal hernia*) og kviðslit í miðlínuöri (*e. incisional hernia*). Í stefnu sé rakið að stefnandi hafi farið til Gautaborgar í Svíþjóð fyrir tilstilli Katrínar Fjeldsted heimilislæknis. Stefnandi hafi verið lögð inn ytra 27. maí 1999 til aðgerðar. Framkvæmdur hafi verið flutningur á garnastóma og viðgerð á kviðslitum. Aðgerðin hafi verið gerð af sænskum skurðlæknum og hafi stefnandi útskrifast 9. júní 1999. Ekki liggir fyrir hjá stefnda nein gögn frá þessari legu stefnanda.

Nokkrum mánuðum síðar hafi stefnandi farið að finna fyrir kviðverkjum og kastað upp. Sem fyrr hafi stefnandi greinst með kviðslit og hafi hún ekki farið í neina aðgerð vegna þess síðan. Lögmaður stefnanda hafi leitað til Tryggva Stefánssonar skurðlæknis í nóvember 2001 til að meta hvort frekari skurðlæknismeðferð kæmi til greina vegna kviðslita stefnanda. Í greinargerð Tryggva á dskj. nr. 94 komi fram að stefnandi sé feitlagin og með mjög slappan kviðvegg. Stefnandi hafi kviðslit við garnastóma og í miðlínuröri. Fram komi hjá honum að þar sem aðgerðir fram til þessa hafi ekki tekist sem skyldi muni frekari aðgerðir skila litlu og hafi Tryggvi talið heppilegast fyrir stefnanda að halda því ástandi sem þá væri til staðar.

Stefnandi haldi því fram að sár eftir aðgerðina 15. ágúst 1994 hafi aldrei gróið vegna ofnæmisviðbragða sem sé að rekja til barksteraskorts vegna of hraðrar niðurtröppunar sterameðferðar og ofnæmis gegn nitrofurantoin og að líklegra sé að fylgikvillar vegna aðgerðarinnar hefðu ekki komið til hefði þessu ekki verið til að dreifa. Sé það meginástæða alls þess heilsufarsvanda sem hún hafi átt við að glíma síðan. Þessu sé eindregið vísað á bug af hálfu stefnda. Stefnandi vísi til þess að með dómandinn Sigurjón Vilbergsson sérfræðingur í meltingarsjúkdómum hafi látið uppi það álit sitt, sem reyndar hafi komið fram, áður en þinghald vegna aðalmeðferðar í fyrra máli stefnanda gegn stefnda hafi verið sett, að megineinkenni hennar stafi af barksteraskorti sem stafi af því að steragjöf hafi verið hætt skyndilega. Hvergi sé í stefnu leitast við að færa rök fyrir því álitu með vísan til gagna í sjúkraskrá né hafi stefnandi hirt um að afla skriflegrar umsagnar hans. Í áliti Ásgeirs Theodórs meltingarfæralæknis sem stefnandi vísi í til stuðnings því að gjöf prednisólons hafi verið hætt of snögglega og fylgikvilla skurðaðgerðar stefnanda megi rekja til barksteraskorts sé ekki vísað til gagna er stutt geti það. Í álitsgerð Ásgeirs sé jafnframt fullyrt að stefnandi hafi ekki fengið viðbótarskammt af barksterum í tengslum við aðgerðina 16. ágúst 1994. Það fái ekki staðist því

stefnandi hafi fengið „solu cortef“ í æð í sambandi við aðgerðina í kjölfar hennar fram að morgni 20. ágúst 1994.

Ekkert styðji að stefnanda hafi orðið meint af niðurtröppun prednisólons sem átt hafi sér stað á tólf dögum en ekki sjö dögum eins og stefnandi staðhæfi og ekkert bendi til að stefnandi hafi þjást af barksteraskorti, sbr. greinargerð á dskj. nr. 140. Rannsóknir sem gerðar hafi verið á stefnanda styðji ekki þá staðhæfingu. Í legu stefnanda 13. til 21. september 1994 hafi blóðgildi, fjölda hvíttra blóðkorna, magn natríum og kalíum og nýrnapróf (kreatínin) verið innan eðlilegra marka. Við innlögn 23. september 1994 hafi blóðprufur sýnt hækkun á hvítum blóðkornum og óverulega lækkun á natríum en kalíum, kreatínin og fjöldi rauðkyrninga hafi verið innan eðlilegra marka. Á tímabili seinni hluta legu 23. september 1994 til 1. nóvember 1994 hafi orðið lækkun á natríum og kalíum sem brugðist hafi verið við með vökvagjöf með natríum og kalíum viðbótum. Slíkar breytingar séu algengar á skurðlækningadeildum og hjá einstaklingum sem eigi við svipuð vandamál að stríða og stefnandi hafi átt við að stríða á þessu tímabili. Vissulega hafi stefnandi haft lágt natríum á tímabili en aðrar brenglanir í blóðprufum sem búast hafi mátt við ef um barksteraskort hafi verið að ræða hafi ekki verið til staðar. Osmólapéttni í þvagi og natríum í þvagi auk eðlilegs kreatínins hafi ekki bent til barksteraskorts og mæling cortisóls 3 mánuðum eftir að steragjöf var hætt hafi verið innan eðlilegra marka.

Þá fái heldur ekki staðist að engir læknar hafi komið auga á eða hugsað um að brenglun í saltbúskap gæti hafa stafað af barksteraskorti. Í legunni 18. nóvember til 7. desember 1994 hafi cortisól í blóði verið mælt og reynst eðlilegt. Á sama tíma hafi natríum verið lágt og með því lægsta sem hafi mælst hjá stefnanda. Þrátt fyrir veikindi stefnanda hafi cortisól verið innan eðlilegra marka og það jafnvel á þeim tíma sólarhringsins sem það væri alla jafnan lægst. Það sem jafnframt styðji það að ekki hafi verið um klínískan steraskort að ræða hafi verið að blóðþrýstingur stefnanda hafi verið innan eðlilegra marka. Fyrir þann tíma hafi ekkert bent til að um barksteraskort væri að ræða. Osmólarpéttni í þvagi og natríum í þvagi hafi ekki bent til þess. Einkenni stefnanda hafi auk þess verið nærtækt að skýra með öðrum hætti en steraskorti.

Eins og að framan greini hafi verið ljóst frá innlögn 13. og 23. september 1994 að stómað væri talsvert þröngt og einhver „ischemia“ í endanum. Talið hafi verið að ástæða ógleði, uppkasta og kviðverkja hafi stafað af „disfunction í ileostomiunni“. Fylgikvillar við gerð stóma séu algengir og séu vísindagreinar sem sýni fylgikvilla í 21 til 70% tilfella. Fylgikvillum skurðaðgerðar eins og þrengingu, framfalli, drepi, kviðsliti og auknu flæði um stóma, eins og stefnandi hafi fengið sé vel lýst í fræðigreinum og ekki séu til neinar rannsóknir eða vísindagreinar sem sýni fram á tengsl milli þeirra stómakvilla sem stefnandi hafi fengið og barksteraskorts eins og ýjað sé að í áliti Ásgeirs Theodórs.

Þrenging í stóma valdi hindrun í flæði garnainnihalds þannig að víkkun verði á görninni handan við þrenginguna. Einkenni sjúklings undir þessum kringumstæðum séu ógleði og uppköst allt eftir því hve þrengingin sé mikil. Slíkar þrengingar sjáist í allt að 20 til 30% tilfella. Niðurgangur eða aukið flæði um stóma sé ekki óalgengt og tapi þá sjúklingur ekki aðeins vökva heldur einnig söltum eins og natríum og kalíum. Þegar um aukið stómaflæði sé að ræða sé mikilvægt að sjúklingur drekki vel af saltlausnum en ekki einvörðungu vatn. Framfall sé annar

fylgikvilli sem lýst sé og stefnandi hafi fengið. Framfall sjáist í 1 til 12% tilfella og lýsi sér með því að görnin gangi lengra út og geti þannig haft áhrif á að plata og poki haldist eins og til sé ætlast. Hætta sé á að garnainnihald leki út á húð sem aftur skapi húðvandamál. Þegar skerðing verði á blóðflæði í stóma geti komið drep og stómað orðið styttra en ella. Því fylgi oft lekavandamál og húðvandamál í kjölfarið. Ekki sé ástæða til að framkvæma bráðaáðgerð nema drepjið nái inn fyrir kviðvegg með leka á garnainnihaldi inn í kviðarhol. Kviðslit séu algeng og áætlað að þau komi fyrir í 30 til 50% tilfella. Endurkomutíðni sé algeng eftir viðgerð á kviðsliti. Með tilkomu neta á undanförunum árum hafi verið hægt að draga úr hættunni á endurkomu. Þegar gert sé við kviðslit sé garnastómað oft flutt á nýjan stað líkt og gert hafi verið við stefnanda. Viðgerð á kviðsliti stefnanda hafi ekki borið árangur og það eigi einnig við um viðgerð þá sem framkvæmd hafi verið í Gautaborg. Þekktir þættir sem auki hættuna á myndun kviðslita séu m.a. offita og næringarvandamál. Hættan á endurgerð vegna fylgikvilla garnastóma yfir 10 ára tímabil séu um 40%.

Staðhæfingum stefnanda um saknæm mistök tengd nitrofurantoingjöf sé ein dregið vísað á bug. Ekki fáist staðist staðhæfingar stefnanda um að hún hafi verið á því lyfi við útskrift 2. september 1994 og í samfelldu níu vikur og allan þann tíma haft kviðverki og stöðug uppköst. Um það vísist til lýsingar stefnda á málavöxtum. Vegna þráðlátra þvagfærasýkinga og eftir ráðleggingu þvagfærasérfræðings hafi hún verið sett á nitrofurantoin eftir að í ljós hafi komið ofnæmisviðbrögð gagnvart ampicillíni. Ein af aukaverkunum nitrofurantoin sé útbrot og kláði en þau einkenni hafi stefnandi haft í andliti. Í áliti húðsjúkdómalæknis frá 6. október 1994 hafi ekki komið fram ástæða til að hætta lyfjagjöf. Lyfið hafi auk þess eins og mörg lyf ógleði og jafnvel uppköst sem aukaverkun. Slík einkenni hafi verið til staðar á tímabilum þar sem stefnandi hafi sannanlega ekki tekið lyfið og á tímabilinu 24. september til 24. október 1994 sem stefnandi hafi tekið lyfið hafi verið greinileg tengsl milli ógleði og uppkasta við fylgikvilla. Ekki hafi verið talið að það lyf hafi verið orsök uppkasta og stómavandræða stefnanda enda nærtækara að um fylgikvilla skurðaðgerðar hafi verið að ræða, sérstaklega hafi verið um aukna áhættu að ræða á slíkum fylgikvillum vegna mjög mikillar fitu undir húð og þykktar kviðveggja og því tæknilega erfitt að fá vel „fungerandi“ stóma við slíkar aðstæður.

Stefnandi haldi því fram að ákvörðun um endurtekna aðgerð í byrjun árs 1995 hafi verið röng og aðgerð óþörf. Að ábending aðgerðar í janúar 1995 hafi ekki verið fyrir hendi sé rökstutt með lýsingu meinafræðings og röntgenrannsóknnum og haldið fram að líklegra sé að sú alvarlega vökva- og salttruflun sem greinst hafi í nóvember 1994 sem rekja megi til barksteraskorts auk afleiðinga aukaverkana nitrofurantoin, hafi valdið vikkun garnarinnar. Röng ákvörðun um endurtekna aðgerð hafi leitt til þess að gerðar hafi verið á stefnanda endurteknar aðgerðir sem hafi síðan leitt til þess varanlega missis sem stefnandi sitji uppi með í dag. Þessu sé eindregið vísað á bug, svo sem áður hafi verið rakið og fái ekki staðist að ákvörðun um endurtekna aðgerð hafi verið röng. Eftir aðgerð í janúar 1995 hafi hvorki borið á ógleði né uppköstum. Ábending aðgerðar hafi verið þrenging í garnastóma og spurning um kviðslit. Lýsing meinafræðings á þeim garnabút sem fjarlægður hafi verið komi þvert á móti staðhæfingum stefnanda heim og saman við að um hafi verið að ræða „mekaniska“ hindrun í kviðveggnum en ekki sjúkdóm í görninni sjálfri og röntgenrannsóknir hafi sýnt að ekki hafi verið um að ræða aðrar skýringar en hindrun á stómastað. Við aðgerðina hafi smágirnið strax innan við kviðvegginn

verið verulega vítt og talið skýrast af þrengslum í stómanu. Í aðgerðarlýsingu 11. janúar 1995 á dskj. nr. 45 komi fram að ljóst hafi verið um nokkurn tíma að blóðþurrð hafi verið í endanum á „ileostomiunni“ og hafi hún verið að „strictuera“ niður. Einnig hafi verið spurning hvort um hafi getað verið að ræða „parastomal herniu“ eða hreinlega „dilation“ á þarminum í „subcutis“ vegna „stenosunnar“ í opinu. Í aðgerðarlýsingu hafi komið fram að ekki hafi fundist kviðslit, „hernia“, eingöngu þrengsli í stómiunni. Í aðgerðarlýsingunni hafi sagt: „Skorinn er hringlaga skurður kringum stómað með húðkanti og ileum fríað niður að fasciu. Það er hæfilegt op í fasciunni og ekki merki um hernation þar. Hins vegar er orðin mikil dilation á þarminum vegna krónískrar obstructionar og held ég að það væri óráðlegt að reyna að gera laparotomiu og flytja stómiuna við þessar aðstæður heldur reynir maður að gera við hana núna og þarminn síðan jafna sig og sjatna. Það er því skorinn í burtu allur örvefurinn og fæst þá góður endi á ileum sem er reyndar mjög víður nánast eins og dilateraður colon. Reynt að revidera þessu a.m. Brook's með stökum 3/0 polysor þráðum í kantinn og síðan niður í þarminn og loks í húðkantinn og verpst þetta dálítið út. Ætti það því að duga alla vega fyrst um sinn. Það er alla vega mjög vel opið og engin þrengsli og góð blóðrás. Auk þess hefur sjúklingur lagt talsvert af þannig að subcutan fitan er minni. Það verður því að láta þetta duga að sinni og e.t.v. verður þetta permanent viðgerð ef vel til tekst e.t.v. þarf að revidera þetta aftur.“ Samkvæmt þessu hafi ábending um aðgerð verið fyrir hendi og fullyrðingum stefnanda um annað vísað á bug.

Þá haldi stefnandi því fram að það hafi orðið bótaskyld töf á framkvæmd aðgerðar á stefnanda 20. nóvember 1995 sem leitt hafi til þess að stefnandi hafi hlotið 3ja stigs brunasár í kringum stómað sem hægt hefði verið að komast hjá hefði lækniinn Tómas Jónsson framkvæmt aðgerðina eftir skoðun 18. nóvember 1995 þegar hann hafi séð að merki hafi verið um „iscemiu“. Þessu sé eindregið vísað á bug. Fullyrðingar um 3ja stigs bruna séu úr lausu lofti gripnar og ekki studdar neinum gögnum. Í hjúkrunarskráningu 18. nóvember 1995 á dskj. nr. 66 komi fram að Tómas Jónsson lækni hafi komið og hreinsað einhvers konar „necrosu“ af stúfnum og komi aftur á morgun og þyki ekki ólíklegt að hann þurfi að laga eitthvað eftir helgina. Á næturvakt og dagvakt 19. nóvember 1995 sé skráð í hjúkrunarskrá að húð sé orðin mjög rauð og sár að myndast og á kvöldvakt þann dag sé skráð að Tómas Jónsson hafi komið og ákveðið að gera aðgerð á morgun. Þá sé skráð að stefnandi sé mjög rauð í kringum „steniu“ og komin með blöðrur og tvö sár alveg við „stómiuop“. Stefnandi hafi síðan verið tekin til aðgerðar um kl. 11 þann 20. nóvember 1995. Frá því að ákvörðun um aðgerð hafi verið tekin á kvöldvakt 19. nóvember og þar til hún hafi verið framkvæmd daginn eftir um klukkan 11 hafi þannig ekki liðið nema um hálfur sólarhringur og fáir staðhæfingar um bótaskylda töf á aðgerð ekki staðist.

Gangur mála í framhaldi aðgerða 15. ágúst 1994 og 11. janúar 1995 verði þannig hvorki tengdur stöðvun steragjafar, nitrofurantoin lyfjatöku né læknamistöku heldur hafi verið um ferli að ræða sem hlotist geti af stórum aðgerðum eins og þeirri sem stefnandi hafi gengið undir sem ekki hafi verið unnt að rekja til læknisfræðilegra mistaka, sbr. umsögn héraðslæknis í Reykjavík til landlæknis á dskj. nr. 81 og greinargerð lækna á dskj. nr. 140. Engum saknæmum mistökum hafi þannig verið til að dreifa er stofnað gætu til bótaskyldu stefnda að lögum hvorki vegna tímabundinna né varanlegra afleiðinga. Þá verði stefndi ekki að lögum gerður bótaábyrgur fyrir meðferð er stefnandi kunni að hafa fengið utan sjúkrahússins.

Verði ekki fallist á að framangreind sjónarmið leiði til sýknu sé á þeim byggt til stuðnings varakröfu um stórkostlega lækkun stefnukrafna. Stefnandi reisi kröfur sínar á álitssgerð Örorðunefndar á dskj. nr. 119. Samkvæmt því áliti hafi ástand stefnanda verið orðið stöðugt 1. janúar 1995 og hún ekki getað vænst frekari bata vegna afleiðinga skurðaðgerðarinnar 15. ágúst 1994 en þá hafi verið orðin. Kröfu stefnanda um þjáningabætur á tímabilinu frá 15. ágúst 1994 til 29. nóvember 1995 samtals að fjárhæð 636.140 krónum sé mótmælt og krafist stórkostlegrar lækkunar þeirra verði ekki alfarið sýknað af þeirri kröfu.

Þjáningabótakrafa stefnanda tímabilið 15. ágúst 1994 til 9. janúar 1995 virðist byggja á ætluðum afleiðingum vegna stöðvunar steragjafar og nitrofurantoinjafar. Kröfur á þessu byggðar fá ekki staðist, sbr. umfjöllun um fylgikvilla skurðaðgerðar og beri að sýkna af öllum kröfum á þeim byggðum. Verði ekki á það fallist sé af hálfu stefnda á því byggt að eingöngu tímabilið 24. september 1994 til 24. október 1994 geti komið til álita í sambandi við ætluð mistök tengd nitrofurantoinjöf eða 30 dagar og engum barksteraskorti tengt stöðvun steragjafar hafi hvað sem öðru líði verið til að dreifa samkvæmt rannsóknnum 25. og 26. október 1994 og 18. nóvember 1994. Kröfum stefnanda um þjáningabætur eftir að stöðugleikatímamarki hafi verið náð 1. janúar 1995 sé mótmælt sem haldlausum og án lagastoðar. Til vara sé krafist stórkostlegrar lækkunar þeirra. Þjáningabótakröfur vegna tímabilsins 9. janúar 1995 til 29. nóvember 1995 virðist byggja á því að röng ákvörðun um endurtekna aðgerð hafi leitt til þess að gerðar hafi verið á stefnanda endurteknar aðgerðir svo og því að töf hafi orðið á framkvæmd fimmtu aðgerðar stefnanda 20. nóvember 1995. Kröfur á þessu byggðar fá hvernig sem á það sé litið ekki staðist svo sem áður hafi verið vikið að og beri því að sýkna af öllum kröfum á því byggðu. Verði ekki fallist á það sé krafist stórkostlegrar lækkunar þeirra. Engra gagna njóti við um að stefnandi hafi verið veik í skilningi 3. gr. laga nr. 50/1993 utan þeirra daga er stefnandi hafi dvalið á sjúkrahúsi. Þá sé ljóst að þjáningabætur tengdar meintri töf á aðgerð 20. nóvember 1995 geti aldrei náð yfir lengra tímabil en 18. til 20. nóvember eða í 3 daga.

Kröfum stefnanda að fjárhæð 9.001.729 krónur vegna tímabundins atvinnu tjóns sem virðist ná frá 15. ágúst 1994 til maí 1999 sé eindregið vísað á bug. Af stefnanda hálfu hafi engin gögn verið lögð fram úr skattframtölum um launatekjur hennar fyrir né á þeim tíma og sé krafan vanreifuð og engum gögnum studd.

Ósannað sé að stefnandi hafi orðið fyrir tímabundnu atvinnutjóni er varða kunnir stefnda bótaskyldu. Alveg sé ljóst að stefnandi hlyti að hafa orðið óvinnufær svo mánuðum skipti í kjölfar aðgerðarinnar í ágúst 1994. Ljóst sé að samkvæmt áliti Örorðunefndar hafi ástand stefnanda verið orðið stöðugt 1. janúar 1995 og engu bótaskyldu tímabundnu atvinnutjóni geti verið til að dreifa að lögum eftir þann tíma samkvæmt 1. mgr. 2. gr. laga nr. 50/1993. Þá séu kröfur byggðar á tímabilinu 15. ágúst 1994 til 25. apríl 1995 hvað sem öðru líði fyrndar en sú krafa hafi ekki verið höfð uppi í þeirri stefnu sem stefnandi hafi birt 13. ágúst 2004. Verði ekki alfarið sýknað af ætluðu tímabundnu atvinnutjóni sé til vara krafist stórkostlegrar lækkunar þeirrar kröfu. Viðmiðum stefnanda við lágmarkslaun samkvæmt 3. mgr. 7. gr. með áorðnum breytingum samkvæmt lögum nr. 37/1993 um breyting á skaðabótalögum nr. 50/1993 eigi sér enga lagastoð. Stefnandi hafi notið örorkubóta hjá Tryggingastofnun ríkisins sem eigi að koma til frádráttar

skaðabótum vegna tímabundins atvinnutjóns auk launatekna, sbr. 2. mgr. 2. gr. laga nr. 50/1993.

Kröfum stefnanda byggðum á varanlegum miska og varanlegri örorku sé mótmælt og krafist sýknu af þeim. Mat á 60% varanlegum miska og 60% varanlegri örorku samkvæmt álitni Örorkunefndar á dskj. nr. 119 byggji á kviðslitum, endurteknum garnastíflum og hálfstíflum með verkjaköstum og hugarangri og áfallastreitu tengdum fyrrnefndum þáttum. Þessir þættir séu fylgikvillar skurðaðgerðar. Engu mati byggðu á afleiðingum stöðvunar steragjafar eða ætluðum afleiðingum þess á fylgikvilla skurðaðgerða sé til að dreifa og hafi stefnandi sönnunarbyrði fyrir því að varanlegur miski eða varanlega örorku hafi leitt af því. Sé ósannað að svo sé. Til vara sé krafist lækkunar þeirra.

Þá sé gerð krafa til þess að eingreiðsla er stefnandi hafi fengið úr sjúklinga tryggingu að fjárhæð 1.861.896 krónur, sbr. dskj. nr. 97 og 98 og komi til frádráttar bótum. Kröfum stefnanda um 2% vexti á bætur samkvæmt 16. gr. laga nr. 50/1993 sé mótmælt sem of háum en vextir fyrir þann tíma en 13. ágúst 2000 séu fyrndir. Kröfum stefnanda um dráttarvexti frá 6. nóvember 2003 sé mótmælt og þess krafist að dráttarvextir miðist við dómsuppsögu. Þá sé ljóst af viðmiðunarfjárhæðum er stefnandi leggi til grundvallar útreikningi bótakrafna að fjárhæðir séu framreiknaðar til verðlags í ágúst 2007, sbr. 2. mgr. 15. gr. laga nr. 50/1993 og fái ekki staðist að krefja dráttarvaxta af þeim fjárhæðum fyrir þann tíma, sbr. 2. mgr. 8. gr. laga nr. 38/2001.

#### *Niðurstaða:*

Að mati dómsins styðja þau gögn er lögð hafa verið fram í málinu nægjanlega að unnt sé að slá eftirfarandi föstu varðandi steragjöf stefnanda fyrir og eftir aðgerðina í ágúst 1994. Sterameðferð með steralyfinu prednisólón hófst í innlögn á Lyflækningadeild Landspítala 3. til 21. maí 1990 og var stefnt að niður tröppun í göngudeildareftirliti, svo sem fram kemur í læknaþréfi Einars Oddssonar frá 21. júlí 1990 á dskj. nr. 6. Við innlögn 25. október 1990 var stefnandi enn að taka 20 mg á dag af lyfinu prednisólón. Þá kemur fram í hjúkrunarskýrslu á dskj. nr. 10 að reynt hafi verið að trappa lyfið niður en við það hafi sjúkdómurinn versnað. Við innlögn á Landspítala 19. nóvember 1990 var stefnandi að taka 20 mg prednisólón, sbr. dskj. nr. 11. Við innlögn vegna aðgerðar þann 15. ágúst 1994 var stefnandi að taka 15 mg af lyfinu. Ekki verður ráðið af gögnum málsins hvort hlé hafi verið gert á meðferðinni frá hausti 1990 til ágúst 1994. Að mati dómsins verður að telja mjög ólíklegt að svo hafi verið þar sem sjúkdómurinn virðist hafa verið mjög virkur frá greiningu eins og lýst er í sjúkrasögu í dskj. nr. 19. Af fyrirmælablöðum í sjúkraskrá og svæfingarblaði á dskj. nr. 18 má ráða að 15. ágúst 1994 hafi stefnandi tekið 15 mg af prednisólón á dag og að þann 16. ágúst 1994 hafi hún fengið 100 mg af solu cortef í aðgerðinni. Næsta dag eftir aðgerðina, eða 17. ágúst 1994, hafi hún fengið 100 mg af solu cortef og dagana 18. og 19. ágúst 1994 hafi hún fengið 50 mg af solu cortef þrisvar sinnum á dag. Af gögnum verður ráðið að hún hafi fengið 50 mg af solu cortef að morgni 20. ágúst 1994. Dagana 21. til 23. ágúst 1994 hafi hún fengið 10 mg af lyfinu prednisólón og dagana 24. til 27. ágúst 1994 hafi hún fengið 5 mg af lyfinu og meðferð síðan verið hætt.

Í innlögn stefnanda 13. september 1994 var liðinn um hálfur mánuður frá því sterameðferð var hætt. Eins og sést í dagálum læknis frá sama degi var ástæða innlagnar að stefnandi var illa haldin af kviðverkjum og uppköstum. Þá var við komu blóðþrýstingur eðlilegur eins og lesa má af hitablaði á dskj. nr. 25. Þá voru einnig natríum- og kalíummælingar eðlilegar. Í hjúkrunarskýrslu frá 15. september 1994 á dskj. nr. 25 segir að röntgenmynd af kvið sýndi svo kallað „subileus“ ástand, þ.e. nærgarnastíflu. Í hjúkrunarskýrslu frá 15. september 1994 kemur fram að stefnandi beri því við að hún sé orðin hraust, hafi ekki kviðverki eða ógleði. Þá kemur fram að 20. september 1994 hafi stefnandi útskrifast við ágæta líðan.

Stefnandi lagðist inn á Landspítala 3 dögum síðar, eða þann 23. september 1994, sbr. dskj. nr. 29. Tveimur dögum fyrir komu ber hún að hún hafi fundið fyrir ógleði og hafði byrjað að kasta upp, eins og segir í sjúkraskrá. Daginn eftir innlögn, eða 24. september 1994, var fengið röntgenyfirlit af kvið sem sýndi talsverða þenslu á nokkrum mjógirnislýkkjum og var það túlkað sem stífla í smágirni, sbr. dskj. nr. 32. Kviðaryfirlit var endurtekið 26. september 1994 og sýndi það minni þenslu á mjógirnislýkkjum, sbr. dskj. nr. 33. Á beiðni er ritað „Nú verkjalaus og mjúkur kviður“. Í hjúkrunarskýrslu á dskj. nr. 38 er víða greint frá uppköstum og ógleði og erfiðleikum við að nærast í legunni en grein gerð fyrir betri líðan á milli. Í hjúkrunarskýrslu á dskj. nr. 38 frá 31. október 1994 í lok þessarar sjúkralegu segir: „hún er mjög hress og ánægð, heim á morgun.“

Svo sem fram kemur á dskj. nr. 28 var gerð þvagsöfnun í einn sólarhring, eða 25. til 26. október 1994, um tveimur mánuðum eftir að prednisóloneðferð var hætt. Var osmólapéttni í þvagi mæld sem var 274 og natríum í þvagi sem var minna en 1 millimól. Á dskj. nr. 140 kemur eftirfarandi fram: „Með hjálp mælingar á natríum í þvagi er hægt að átta sig á hvort lækkun á natríum í blóði stafi af tapi á natríum í gegnum nýrun eða hvort tapið eigi sér stað utan nýrna. Natríum í þvagi sem er < 20 mmól/L bendir til þess að vökvatap eigi sér stað utan nýrna eins og við uppköst eða niðurgang en ekki til nýrnahettubílnar eins og vænta megir ef steraskortur er til staðar en í þeim tilfellum er natríum í þvagi meira en 20 millimól/liter.“

Stefnandi var lögð inn á Landspítalann þann 18. nóvember 1994, sbr. dskj. nr. 40. Af dskj. nr. 39 sést að við komu hafi blóðþrýstingur mælst vera 140/85, natríum verið 122 mmól/L, kalíum 3,2 mmól/L og kreatínin 53 µmol/L. Kortisól í blóði var mælt kl. 23.12 þann 18. nóvember 1994 og var það eðlilegt eða 574 nmól/L, en viðmiðunargildi kortisóls í blóði er 258 til 830 nmól/L.

Það er álit dómsins að kortisólmæling þann 18. nóvember 1994 nánast útiloki að á þeim tímapunkti hafi stefnandi haft kortisólskort og hafi því ekki þjást af heiladingulsnýrnahettubælingu af völdum langtímabarksteragjafa. Einkenni stefnanda eftir 18. nóvember 1994, þegar heiladingulsnýrnahettubæling hefur verið nánast útilokuð, eru sambærileg einkennum sem koma fyrir áður en kortisólmæling var gerð, eins og sést í hjúkrunarskýrslum á dskj. nr. 39.

Ólíklegt verður að telja að ef barksteraskortur skýrði einkenni stefnanda hefði sjúkdómsgangur orðið svo sveiflukenndur eins og í tilfalli stefnanda. Einkenni stefnanda virðast hins vegar vera í góðu samræmi við röntgenyfirlit af kvið þar sem lýst er auknum einkennum þegar röntgenyfirlitið er versnandi og

minnkuðum einkennum þegar röntgenyfirlitið er betra. Sveiflur á almennri líðan, svo sem fram kemur í hjúkrunarskýrslu um góða heilsu við útskrift þann 30. október 1994, mæla einnig gegn kortisólskortu. Niðurstöður natríummælingar úr þvagsöfnun þann 25. til 26. október 1994 draga einnig verulega úr líkum á kortisólskortu.

Unnt er að slá föstu af því sem fram er komið í málinu að lækna séu almennt sammála um að ekki megi trappa niður stera þannig að sjúklingar lendi í kortisólskortu. Að því leyti séu viðhorf skurðlækna og lyflækna ekki frábrugðin. Þá þykir fram komið og unnt að miða við að við þær aðstæður sem skapist eftir að mein hafi verið fjarlægð með skurðaðgerð og sár myndast eftir aðgerð, geti sterar truflað gróanda á slíkum sárum. Þær aðstæður kalli því á að sterar séu trappaðir niður eins hratt og unnt sé án þess þó að valda kortisólskortu. Mjög einstaklingsbundið sé hversu hratt óhætt sé að trappa niður stera.

Lyfið nitrofurantoin var gefið í samræmi við niðurstöður næmisprófs úr þvagræktun frá stefnanda. Lyfið telst samkvæmt því er fram er komið vera vanalegt og hentugt til langtímameðferðar vegna krónískrar þvaggfærasýkingar, svo sem fram kom í máli Guðjóns Haraldssonar þvaggfærasérfræðings. Á dskj. nr. 37, þar sem m.a. er blað með lyfjafyrirmælum, kemur fram að nitrofurantoingjöf hafi hafist 25. september 1994 og verið hætt 24. október 1994. Rakið hefur verið að alþekkt aukaverkun af gjöf nitrofurantoin sé ógleði og uppköst og er að mati dómsins óhætt að leggja þær staðhæfingar til grundvallar niðurstöðu. Í sjúkraskrá stefnanda frá 18. nóvember 1994 á dskj. nr. 40 kemur fram í kerfalýsingu að nitrofurantoin hafi gert stefnanda enn verri af ógleði. Líklegt verður að telja að stefnandi hafi því haft skýra mynd af því að ógleði hennar hafi versnað við endurtekna nitrofurantoingjöf. Fram er þó komið að stefnandi var ekki að taka nitrofurantoin við innlögn 18. nóvember 1994, sbr. dskj. nr. 40. Einkenni stefnanda, bæði fyrir, á meðan og eftir nitrofurantoingjöfina, voru með þeim hætti að eðlilegt var að álykta að einkennin stöfuðu fyrst og fremst af stómavandamálum, svo sem stefndi heldur fram. Það getur því ekki talist hafa verið andstætt gildum rökum að hafa gefið stefnanda lyfið nitrofurantoin, svo sem gert var. Getur það ekki leitt til skaðabótaskyldu af hálfu stefnda.

Stefnandi byggir málatilbúnað sinn að mestu leyti á álitu Ásgeirs Theodórs yfirlæknis og sérfræðingi í meltingarsjúkdómum. Er hér um tvö skjöl að ræða. Annars vegar dskj. nr. 131, sem er svar Ásgeirs frá 11. apríl 2007 við fyrirspurn embættis landlæknis. Þar segir m.a.: „Telja verður mjög líklegt að einkenni hennar eins og lýst er hafi stafað af barksteraskortu vegna heiladinguls-/nýrnahettubælingar vegna langtíma barksteragjafar“. Hins vegar er um að ræða svar Ásgeirs Theodórs við tilteknum spurningum heilbrigðisráðuneytisins frá 20. júní 2007, en svarið er á dskj. nr. 134. Í því bréfi kemur fram að það sé hans álit að prednisólongjöf (steralyf) hafi verið hætt of snögglega og hluta af einkennum sjúklingsins megi tengja við það að inntöku lyfsins hafi verið hætt of snögglega. Fram kemur að hann hafi borið þetta atriði undir Gunnar Valtýsson sérfræðing í innkirtla- og efnaskiptasjúkdómum og væri hann sammála þessu mati Ásgeirs.

Dómurinn getir fallist á það sem fram kemur í álitu Ásgeirs Theodórs að ein kenni sem lýst er, svo sem slappleika, ógleði, uppköst, kviðverki, þorstlæti og truflanir á saltbúskap, megi rekja til skorts á barksterum. Hins vegar fellst dómurinn ekki á að skortur á barksterum hafi verið valdur að einkennum stefnanda,

svo sem áður var rakið. Fyrir dómi gerði Ásgeir grein fyrir því að hann hafi einungis haft hluta af sjúkraskrá stefnanda undir höndum þegar álitserðin var unnin. Hann hafi engar blóðprufuniðurstöður verið með. Af því leiðir að Ásgeir hafði ekki undir höndum mikilvægar niðurstöður eins og kórtisólmælingar frá 18. nóvember 1994 eða natríummælingar í þvagi frá 26. október 1994, sem dómurinn telur vera grundvallarupplýsingar við mat á niðurstöðu í máli þessu. Álitserð Ásgeirs verður ekki jafnað til mats dómkvaddis matsmanns samkvæmt IX. kafla laga nr. 91/1991, en málsmeðferðarreglum einkamálalaga er ætlað að tryggja að við matsgerðir eftir ákvæðum laganna liggi fyrir allar upplýsingar er máli kunna að skipta fyrir niðurstöðu máls. Sökum framangreindra annmarka á álitserðinni verður hún ekki lögð til grundvallar niðurstöðu í málinu.

Með vísan til alls þess er hér að framan er rakið er það niðurstaða dómsins að stefnanda hafi ekki tekist að sýna fram á að niðurtröppun á prednisólóni hafi valdið svokölluðum barksteraskorti sem unnt sé að rekja líðan stefnanda til eftir aðgerðina í ágúst 1994, né að skaðabótaskylda stefnda verði leidd af því að stefnanda hafi verið gefið lyfið nitrofurantoin.

Stefnandi telur það orka tvímælis að gera hafi þurft svokallaða „revisio“ aðgerð 11. janúar 1995 „enda höfðu röntgenrannsóknir ekki gefið stíflu til kynna“. Á þetta fellst dómurinn ekki. Stefnandi lagðist endurtekið inn með ógleði og uppköst haustið 1994 og sýndu röntgenmyndir þegar einkenni voru verst (abdomen yfirlit og passage röntgen) endurtekið merki um garnastopp og hálfarnastopp (ileus/subileus). Um þetta má m.a. vísa til dskj. nr. 25, 32 og 35. Niðurstöður röntgenmynda styðja því að um hindrun í stóma hafi verið að ræða. Í læknabréfi fyrstu legunnar eftir aðgerð, dagana 13. til 21. september 1994, grunar Tómas Jónsson skurðlækni að einkenni sjúklings séu vegna „relatívrar stenosu“ í stómanu, sbr. dskj. nr. 27. Í annarri legu eftir aðgerð, dagana 23. september til 1. nóvember 1994, kemur fram að stómað sé talsvert þröngt en að reynt hafi verið að meðhöndla þetta án aðgerðar þar sem sjúklingur sé mjög mótfallinn aðgerð. Í aðgerðarlýsingu Tómasar Jónssonar frá 11. janúar 1995, sbr. dskj. nr. 45, kemur fram að það sé blóðþurrð, eða svokölluð „ischemia“, í stómaendanum og mikil víkkun að þeim hluta garnarinnar sem lá milli kviðveggjar og húðar sem bendi til langvarandi þrengsla stóma við húð. Dómurinn telur því ekki að ábending aðgerðarinnar orki tvímælis heldur þvert á móti hafi verið full ábending fyrir aðgerð enda réttmæti aðgerðarinnar staðfest í aðgerðinni þegar í ljós kom mikil víkkun garnarinnar milli húðar og kviðveggjar en slík víkkun á sér stað við langvarandi þrengingu.

Að endingu byggir stefnandi á því „að bótaskyld sé sú töf sem varð á framkvæmd fimmtu aðgerðar stefnanda 20. nóvember 1995“. Í hjúkrunarskýrslu á dskj. nr. 66 kemur fram að Tómas Jónsson hafi skoðað stóma stefnanda daglega dagana 16. til 19. nóvember 1995 en þann 19. nóvember hafi hann ákveðið að framkvæma aðgerð daginn eftir. Að mati dómsins er blóðþurrð í stómaenda og roði í kringum stóma vegna garnainnihalds ekki óalgenget og ekki alltaf ábending fyrir aðgerð. Stefndi hefur staðhæft að mikilvægt sé að reyna til hins ýtrasta að komast hjá enduraðgerð. Á þetta er fallist af hálfu dómsins. Verður ekki við annað miðað, í ljósi gagna málsins, en að vel hafi verið fylgst með stómanu dagana fyrir aðgerð og að ekki hafi verið um óhæfilegan drátt að ræða á aðgerðinni 20. nóvember 1995. Verður því ekki fallist á þá málsástæðu stefnanda að töf hafi átt sér stað á aðgerð í nóvember 1995, sem leiði til bótaskyldu af hálfu stefnda.

Í ljósi alls ofanritaðs verður stefndi sýknaður af öllum kröfum stefnanda.

Rétt er að málskostnaður falli niður, en um gjafsóknarkostnað stefnanda fer samkvæmt því, sem nánar greinir í dómsorði. Hefur þá verið tekið tillit til virðis aukaskatts.

Af hálfu stefnanda flutti málið Dögg Pálsdóttir hæstaréttarlögmaður, en af hálfu stefnda Guðrún Margrét Árnadóttir hæstaréttarlögmaður.

Dóminn kveða upp Símon Sigvaldason héraðsdómari, sem dómsformaður og meðdómsmennirnir Bolli Þórsson innkirtlasérfræðingur og Fritz H. Berndsen skurðlæknir.

### **D ó m s o r ð:**

Stefndi, íslenska ríkið, er sýkn af kröfum stefnanda, Kristínar Kristjánsdóttur.

Málskostnaður fellur niður.

Allur gjafsóknarkostnaður stefnanda greiðist úr ríkissjóði, þar með talin mál flutningsþóknun lögmanns hennar, 1.987.000 krónur.

Símon Sigvaldason

Bolli Þórsson

Fritz H. Berndsen