

D Ó M U R

Héraðsdóms Reykjavíkur 11. október í máli nr. E-7935/2009:

Arnar Þór Stefánsson

(Einar Gautur Steingrímsson hrl.)

gegn

íslenska ríkinu

(Árni Pálsson hrl.)

Mál þetta, sem dómtekið var 30. ágúst sl., var þingfest 25. júní 2009.

Stefnandi er Arnar Þór Stefánsson, Fornagili 2, Akureyri.

Stefndi er íslenska ríkið.

Dómkröfur

Dómkröfur stefnanda eru þær að stefnda verði gert að greiða stefnanda 33.994.618 krónur með 4,5% ársvöxtum samkvæmt 16. gr. laga nr. 50/1993 af 20.147.270 krónum frá 11. nóvember 2004 til 1. júní 2007 en af 33.994.618 krónum frá þeim degi til 16. febrúar 2008. Krafist er dráttarvaxta samkvæmt 1. mgr. 6. gr. laga nr. 38/2001 frá þeim degi til greiðsludags. Er þess krafist að dráttarvextir leggist á samanlagða fjárhæð höfuðstóls og þegar áfallinna vaxta frá 16. febrúar 2008 en til vara frá síðara tímamarki, allt að fráðreginni innborgun að fjárhæð 7.451.720 krónur er greidd var 29. ágúst 2007 sem á þeim degi var fyrst ráðstafað upp í vexti en síðan inn á höfuðstól kröfunnar.

Krafist er málskostnaðar að skaðlausu úr hendi stefnda eins og mál þetta væri ekki gjafsóknarmál. Þess er krafist að gjafsóknarkostnaður stefnanda greiðist úr ríkissjóði, þ.m.t. gjafsóknarlaun lögmanns hans.


Stefndi gerir þær dómkröfur að hann verði sýknaður af kröfum stefnanda og að stefnandi verði dæmdur til greiðslu málskostnaðar samkvæmt framlögðum reikningi eða samkvæmt mati dómsins.

Málavextir

Málavextir eru þeir helstir að móðir stefnanda hafði símasamband við heilsugæslustöðina á Akureyri 1. nóvember 2004 í síma vegna kviðverkja stefnanda, smá hita og uppkasta. Samkvæmt samskiptaseðli heilsugæslunnar var talið að um veirupest væri að ræða. Stefnandi var skoðaður af heimilislækni daginn eftir. Síðar sama dag var haft samband við heilsugæslulækni. Niðurstöður úr þvag- og blóðrannsóknnum lágu þá fyrir. Þvagrannsókn var eðlileg en blóðrannsóknin sýndi fjölgun hvítra blóðkorna og hækkun á CRP. Daginn eftir, eða 3. nóvember 2004 var enn haft samband við heilsugæslulækni vegna kviðverkja og var stefnanda þá vísað á Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri.

Stefnandi var lagður inn á Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri (hér eftir skammstafað FSA) og samdægurs var gerð aðgerð á honum. Við aðgerðina kom í ljós sýking í kviðarholi og drepbreytingar í smágirni tengt Meckels sarpí. Voru u.þ.b. 20 cm. af smágirni fjarlægðir og gerð endurtenging. Eftir aðgerðina var stefnandi fluttur á gjörgæsludeild. Á gjörgæsludeildinni var fylgst með stefnanda og hann meðhöndlaður með sýklalyfjum og einnig fékk hann mikinn vökva til þess að koma þvagmyndum í gang. Þá voru honum gefin verkjastillandi lyf. Stefnandi var nokkuð stöðugur fyrst eftir aðgerð en þurfti áframhaldandi verkjameðferð. Hann var áfram með garnastíflu og engin garnahljóð heyrnleg. Blóðprufur leiddu í ljós merki um mikla bólgu með hækkun á hvítum blóðkornum. Þá þurfti hann áfram mjög ríkulega vökvagjöf til þess að viðhalda viðunandi þvagútskilnaði. Í viku eftir aðgerð var stefnandi áfram með garnastíflu og kviður hélt áfram að þenjast út með eymslum og óþægindum. Aðfaranótt 10. nóvember fór síðan að leka garnaríkt innihald út um skurðsár. Vegna gruns um rof á smágirni var hann tekinn til enduraðgerðar.

Að morgni 10. nóvember var stefnandi tekinn í enduraðgerð og þegar opnað var inn í kviðarhol kom út garnainnihald hægra megin frá kvið og í ljós kom 2 millimetra rof á dausgörn u.þ.b. 5-10 cm frá fyrri þarmatengingu. Þarmurinn var talinn líta betur út en við fyrri aðgerð en þó mjög slakur og við það að handleika hann kom annað rof. Við þessa aðgerð var fjarlægður stór hluti af dausgörn (um 50cm) sem eftir var og skildir eftir um 10 cm af görn ofan ristils. Stefnandi fékk jafnframt

 Text Box: 3

utanbastlegg („epidural“) og miðbláæðalegg í þessari aðgerð. Hann þoldi aðgerðina vel og var vakinn upp strax eftir aðgerð og fluttur aftur á gjörgæsludeild. Vefjagreining leiddi í ljós dausgörn með gati á tveimur stöðum ásamt áberandi lífhimnubólgu og bólgu í fituvef. Eftir aðgerðina var stefnandi í allgóðu ástandi og líðan hans stöðug.

Um kl. 16.30 hinn 11. nóvember fór stefnandi að kvarta undan „bubblandi“ verkjum í ofanverðum kvið og um 30 mínútum síðar kvartaði hann yfir verkjum vinstra megin í hálsi og voru þeir verkir ólíkír fyrri verkjum. Á þessum tíma skoðaði vakthafandi gjörgæslulæknir stefnanda og gat ekki fundið ástæður verkjanna og var því háls- nef- og eyrnalæknir kallaður til en hann fann enga skýringu á verkjum í hálsi. Þessir verkir voru viðvarandi slæmir þrátt fyrir endurtekna skammta af cetóbemidóni. Skráður blóðþrýstingur kl. 17:30 þegar sjúklingur var að fá þessa miklu verki var 95/45. Þvagútskilnaður fór minnkandi. Á þessum tíma var vökvagjöf aukin en blóðþrýstingur var 85-90/40-50. Hafist var

Þaðanda við að leggja nýjan æðalegg kl. 19:25 til þess að auðvelda vökvagjöf og lögð þöru drög að því að fá röntgenmynd af lungum. Meðan gjörgæslulæknir var að koma fyrir nýjum æðalegg í vinstri handlegg kvartaði stefnandi um verki um allan líkamann og um leið varð hann fjarrænn, missti meðvitund og öndun fór hratt versnandi. Hafin var öndunaraðstoð með belg og maska og kallað eftir frekari aðstoð. Á þessum tíma fór blóðþrýstingur lækkandi (52/31) og pulsi einnig (58 slög á mínútu). Stefnandi var í hálfstíjandi stöðu í rúmi og með höfuðgafl í um 45°. Gefið var atrópín 0,5mg. Hann var síðan svæfður og barkaþræddur. Strax í kjölfar barkaþræðingar varð rafleysa (asystola) og var þá gefið Adrenalín (0,1-0,2 mg bólusar), atrópín (0,5 mg bólusar) og hjartahnoð hafð. Fékk stefnandi alls 5 bólusa af atrópíni, 1,5 mg af adrenalíni og 10 einingar af vasópressíni næstu 17 mínúturnar á meðan á hjartahnoði stóð. 30 mínútum eftir að meðferð á maska hófst og 17 mínútum eftir að barkaþræðing og hjartahnoð hófst kom skyndilega eðlilegur pulsi og blóðþrýstingur varð eðlilegur, 146/56. Meðan á þessu stóð var blóðþrýstingur 30/10 til 52/41 og pulsi 0 til 50. Blóðgas tekið var í kjölfarið, kl. 20:05, sýndi efnaskiptasýringu (metabólíska acidósu; pH 6,97, pCO₂ 46 mmHg) (dskj. 18). Lyfjagjöf um utanbastslegg var stöðvuð um kl. 19.30. Blóðtaka var framkvæmd kl. 22:15 og var þá m.a dregið blóð í búbivakín mælingu, a.m.k. 2 1/2 klst. eftir að dreypi var stöðvað. Tölvusneiðmynd var gerð af lungum og kviðarholi og leiddi ekki í ljós lungnablóðrek né aðrar skýringar á verknum eða orsökum þessa öndunar- og hjartastopps. Tölvusneiðmynd af heila leiddi ekkert óeðlilegt í ljós.

Í kjölfar þessa var hafin kælimeðferð og var stefnanda haldið sofandi öndunarvél næstu fimm sólarhringa. Í kjölfarið var hann vakinn og kom þá í ljós að hann hafði hlotið verulegan heilaskaða. Hann er með skerta heyrn og sjón, nær enginn tjáskipti við umhverfið, verulega spastískur og bundinn við hjólastól.

Framkvæmdastjóri lækninga FSA óskaði eftir því við Landlæknisembættið að rannsókn færi fram á orsökum þess að stefnandi fór í öndunarstopp sem varð síðan undanfari hjartastopps. Álitsgerð landlæknis er dags. 16. maí 2006 og liggur fyrir í málinu. Í tengslum við rannsókn landlæknis var aflað greinargerða frá Girish Hirlekar, forstöðulæknis svæfinga- og gjörgæsludeildar FSA, Jóni Steingrímssyni svæfingalækni, Guðrúnu Unu Jónsdóttur gjörgæsluhjúkrunarfræðingi og Sigurði E. Sigurðssyni, yfirlækni gjörgæsludeildar FSA. Hafa greinargerðir þessar verið lagðar fram í málinu.

Í lokakafli álitsgerðar Landlæknisembættisins, sem ber yfirskriftina niðurstaða og ábendingar, segir eftirfarandi:

„Eins og áður segir er mjög erfitt, eða útilokað, að segja að einn þáttur öðrum fremur hafi óyggjandi haft úrslitabýðingu í þessu tilviki. Mjög sennilegt að margir atburðir hafi verið samverkandi. Ástæða er til að ræða nokkur atriði sem snúa að meðferð Arnars, viðbrögðum lækna og hvort á annan hátt hefði mátt standa að málinu.

Tímasetning aðgerðar 10.11

Augljóst var að mikil ástæða var til að gera seinni aðgerðina þegar hún var gerð. Alltaf er hins vegar erfitt að meta hvort ástæða hefði verið til gera aðgerð fyrir,

Arnar hafði mikla verki og með einkenni garnastíflu. Leiða má að því líkum að efni hefðu verið til að fara fyrir í seinni aðgerðina þó að erfitt sé að sýna fram á eða fullyrða neitt um að afleiðingamar hefðu ekki orðið þær sömu. Læknar hans mátu það hins vegar svo, þegar atburðirnir voru að gerast, að ástand hans væri stöðugt og vissulega eru mörg dæmi um það að garnastíflur eftir aðgerðir af þessu tagi lagist á þeim tíma sem hér um ræði.

Vökvagjöf

Talið var að Arnar væri í vökvaskorti skömmu áður en honum versnaði skyndilega þann 11.11. Í sjálfu sér hefðu verið efni til þess að hefja meiri vökvagjöf fyrir þann dag, en líta verður þó á mál í ljósi þess hvernig þau stóðu þá og þar. Vökvavægi hafði verið gott dagana á undan, rúmlega 2 lítrar umfram tap að meðaltali. Þvagútskilnaður var fullnægjandi fram undir skyndiversnun ástands Arnars. Læknir Arnars var að hefjast handa að bæta vökvagjöf þegar ósköpin dundu yfir.

Rannsóknir eftir að verkir í hálsi hófust

Ákveðið var að leita eftir álitni háls- nef- og eyrnalæknis. Miðað við atburði eins og þeim var lýst í sjúkraskrá var í sjálfu sér ekki mjög líklegt að verkur stafaði frá koksvæði. Ástæða var til þess að gera frekari rannsóknir á brjóstholi og kviðarholi, en eins og fram kom síðar leiddu þær rannsóknir ekki til skýringar á verknum og sú skýring liggur ekki fyrir í dag. Undirbúningur að rannsóknum sem að þessu beindust var hafinn fyrir hjartastoppið. Aðrar rannsóknir hefðu þó ekki breytt neinu um gang mála þar sem viðhlítandi skýring fannst ekki á verkjum Arnars við rannsóknir síðar. Engin frábending var heldur fyrir skoðun nef- og eyrnalæknis á þessum tíma.

Búpivakaínmeðferð

Búpivakaín getur valdið eitúráhrifum á hjarta eins og áður segir, hægum hjartslætti, lækandi blóðþrýstingi og örsjaldan hjartastoppi. Eitúráhrif á hjarta koma þó yfirleitt á eftir eitúráhrifum á heila. Engin merki voru um suð í eyrum, taltruflun, dofa kringum munn, vont bragð, vöðvakippi, rugl, höfuðverk eða krampa, sem eru byrjunareinkenni eitúráhrifa búpivakaíns. Utanbastsmeðferð með búpivakaín er sjaldan beitt hjá börnum og síður hjá sjúklingum með milda sýkingu, þó ekki sé í sanngirni unnt að segja að frábending hafi verið fyrir lyfjagjöfni. Ætla má að ástæða deyfingarinnar hafi verið sú að búist var við miklum verkjum hjá Arnari og erfitt gæti reynst að verkjastilla hann með hefðbundinni morfingjöf. Kom þetta á daginn. Skammtur búpivacaíns var innan viðmiðunarmarka, en blóðgildi þess var hins vegar hátt, ofan eiturmarka sem gæti skýrst af sýringu blóðs í kjölfar hjartastopps. Á hinn bóginn var endurkoma eðlilegs kröftugs hjartsláttar í ósamræmi við langvirkandi eitúráhrif lyfsins. Búpivakaín getur aftur á móti hafa

dregið úr taugaviðbrögðum við lágum blóðþrýstingi (sympaticus blokk) og ljóst er að þetta ruglar hina klínísku mynd mikið.

Endurlífgun



Í fyrstu var leitast við að anda með Arnari með belg og samkvæmt vitnisburði svæfinga- og gjörgæslulæknisins sem var viðstaddur taldi hann ekki ráðlegt að reyna barkaþræðingu strax þar sem Arnar andaði sjálfur samhliða öndunarhjálpinni og auk þess þótti honum áhættusamt að leggja Arnar í lárétta stöðu vegna áhyggna af að honum svelgdist á magainnihaldi. Læknirinn lét strax kalla á frekari aðstoð, en kallaði ekki út hjartastoppsteymið strax. Barkaþræðing var síðan gerð strax og fleiri læknar komu á vettvang. Um leið stöðvaðist hjarta alveg. Beitt var öllum tiltækum endurlífgunaraðferðum, en þrátt fyrir það tókst endurlífgun ekki fyrr en eftir 15-20 mín. Á svona stundu eru tímasetningar erfiðar og skráning atburða ekki sem skyldi enda menn uppteknir við annað. Á staðinn komu auk svæfinga- og gjörgæslulæknis og gjörgæsluhjúkrunarfræðinga sem fyrir voru, tveir aðrir svæfinga- og gjörgæslulæknar, hjartalæknir, lyflæknir, skurðlæknir, deildarlæknar og hjúkrunarfræðingar.

Meðferð á FSA

Meðferð mjög veikra barna er sérhæfð og sem betur fer koma tilvik af þessu tagi sjaldan til kasta flestra lækna. Rök hníga þess vegna í þá átt að sjúklingum af þessu tagi sé sinnt á einum eða fáum stöðum þar sem reynslan er mest. Til álíta hefði komið að flytja Arnar á Landspítalann þar sem tilfelli af þessu tagi eru algengari og vanalegri. Þá ákvörðun hefði þurft að taka fyrir seinni aðgerðina eða strax eftir hana. Miðað við hvernig ástand mála var er þó ekki hægt að gagnrýna menn fyrir að hafa ekki flutt Arnar, ekki síst vegna þess að strax eftir seinni aðgerðina töldu menn að komist hefði verið fyrir vandann og hin skyndilega versnun kom mönnum mjög í opna skjöldu.“

Í lokaorðum segir eftirfarandi:

„Allt bendir til að margir samverkandi þættir hafi átt þátt í því hve illa fór í þessu tilviki. Ber þar hæst svæsin vaso-vagal áhrif, lífhimnubólgu, sýklasótt, vökvaskort og loks áhrif deyfingar utan bast. Sjúkdómsgangurinn hafði verið erfiður og flókinn, brugðist var við breytingum í sjúkdómsgangi og skyndilegum atburðum eftir bestu þekkingu. Allir þeir sem að málinu komu eru með mikla reynslu og þekkingu í fagi sínu og brugðust við eins og ætlast má til af góðum og gegnum læknum undir svipuðum kringumstæðum. Því miður er það svo að í meðferð mikið veikra sjúklinga getur sjúkdómsgangur komið mönnum gjörsamlega í opna skjöldu og varð svo hér.“

Hinn 10. október 2006 ritaði lögmaður stefnanda FSA bréf til þess að kanna aftöðu sjúkrahússins til bótaskyldu. Bréf þetta var ítrekað 19. okt. 2006. Með bréfi lögmanns stefnda, dags. 9. janúar 2007, var bótaskyldu hafnað. Var því m.a. haldið fram að álitserð landlæknis benti til þess að ekki væri um sök að ræða í málinu af hálfu FSA.

Foreldrar stefnanda óskuðu eftir því að dr. Sveinbjörn Gizurarson, prófessor við lyfjafræðideild Háskóla Íslands, gerði faglega úttekt á þeirri lyfjameðferð sem stefnandi fékk á gjörgæsludeild FSA. Álitserð hans liggur fyrir í málinu. Niðurstaða hans var sú að lyfjameðferð og vökvameðferð stefnanda hefði ekki verið í samræmi við eðlilegar verklagsreglur. Hefði þeim reglum verið fylgt hefði verið hægt að komast hjá atburðinum.

Stefnandi kveðst hafa sent lögmanni FSA álitserð dr. Sveinbjörns Gizurarsonar. Daginn eftir hafi verið ritað bréf til læknanna Girish Hirlekar, Sigurðar E. Sigurðssonar og Jóns Steingrímssonar og óskað svara við tilteknum spurningum, en svör hafi ekki borist.

Með beiðni lögmanns stefnanda, dags. 20. ágúst 2007, var óskað álitserð örorkunefndar á örorku stefnanda. Álitserð örorkunefndar er dags. 4. desember 2007.

Í álitserðinni er lýst núverandi ástandi stefnanda og um það segir eftirfarandi: „Tjónþoli hefur verið í eftirliti á Sjónstöð og telst lögblindur. Hann á í verulegum erfiðleikum með fæðuinntöku og fær næringu nánast alfarið í gegnum gastrostomiu, en nærast lítillaga per os og þá aðallega fljótandi eða maukfæð, yfirleitt um það bil 2 ml. í senn með sogröri en þreytist mjög fljótt. Tjónþoli er alfarið háður öðrum um allar athafnir daglegs lífs. Móðir tjónþola annast hann og hefur hún engan annan starfa en var áður útivinnandi en sinnir nú alfarið umönnun tjónþola. Tjónþoli fer í sjúkrahjúlfun, eina klukkustund á dag, og auk þess í nudd og af og til, alltént yfir sumarmánuðina, hefur hann farið á hestbak.“

Niðurstaða örorkunefndar var sú að stöðugleikapunktur vegna afleiðinga tjónsáburðar þann 11. nóvember 2004 teljist vera 1. júní 2007. Varanlegur miski er metinn 100% og varanleg örorka einnig metin 100%.

Hinn 13. desember 2007 var lögmanni FSA send álitserð örorkunefndar og útreikningur á skaðabótakröfu stefnanda.

Hinn 21. desember 2007 reiknaði Talnakönnun hf. út eingreiðsluverðmæti (núvirði) bóta almanna-trygginga til stefnanda og var lögmanni FSA sendur útreikningurinn 16. jan. 2008.

Hinn 10. jan. 2008 var stefnanda veitt gjafsóknarleyfi vegna meðferðar málsins í héraði. Mál þetta var síðan þingfest 25. júní 2009.

Undir meðferð málsins fyrir dómi var af hálfu stefnanda lögð fram beiðni um að dómkvaddir yrðu tveir hæfir og óvilhallir matsmenn til að meta hvort meðferð sú sem stefnandi fékk, fyrst á Heilsugæslustöðinni á Akureyri og síðan á FSA hafi verið fullnægjandi í hvívetna varðandi lyfjagjöf, vökvagjöf, mat og greiningu á

ástandi á hverjum tíma, endurlífgun, vinnuskipulag og ákvarðanatöku. Til þess að framkvæma matið voru dómkvaddir matsmennirnir Alma D. Möller læknir, sérfræðingur og doktor í svæfinga- og gjörgæslulækningum, og Magnús Karl Magnússon læknir, sérfræðingur í blóðmeinafræði og almennum lyflækningum. Er matsgerð þeirra dags. 26. september 2010. Matsgerðin er mjög ítarleg og verður nánar um hana fjallað í niðurstöðukafla dóms þessa í tengslum við einstök ágreiningsefni. Niðurstaða hinna dómkvöddu matsmanna er sú að meðferð stefnanda hafi ekki verið fullnægjandi í hvívetna. Í lokakafla matsgerðarinnar sem ber yfirskriftina samantekt segir eftirfarandi:

„Ekki er ljóst með vissu hvað varð til þess að Arnar Þór Stefánsson fór í hjartastopp þann 11. nóvember 2004. Það er þó mat matsmanna að eftirfarandi þættir séu líklegir orsakavaldar að öndunar- og hjartastoppi og þeirri örorku sem sjúklingurinn hlaut í kjölfar þess.

1. Búbivakaín meðferð.

Ljóst er að styrkur búbivakaíns í sermi sjúklingsins mældist töluvert yfir eitrunarmörkum.

Einkenni sjúklingsins í aðdraganda hjarta- og öndunarstopps koma heim og saman við eitrunareinkenni búbivakaíns; engin önnur skýring fannst. Matsmenn telja því að búbivakaíneitrun sé líkleg orsök hjarta- og öndunarstopps og að gjöf ópíóð verkjalyfja gæti hafa ýtt undir með því að stuðla að öndunarbælingu.

Skömmtun utanbastsdreypis var innan viðurkenndra viðmiða þannig að ekki er ljóst af hverju styrkur lyfsins varð svo hár sem raun ber vitni en nokkrar skýringar koma hinsvegar til greina. Eftirlit með utanbastsmeðferðinni hefði getað verið betra.

2. Meðferð hjarta- og öndunarstopps.

Viðbrögð við meðvitundarleysi, öndunarstoppi og lækkandi blóðþrýstingi voru of hæg. Reyna hefði átt gjöf naloxóns og gefa hefði átt æðaherpandi lyf. Þá liðu 13 mínútur frá því að sjúklingur missti meðvitund og varð púlslaus þar til barkaþræðing var gerð og honum komið í liggjandi stöðu.

Framkvæmd hjartahnoðs virðist hafa verið ábótavant með tíðni um 50/mínútu í stað 100/mínútu.

Matsmenn telja að ófullnægjandi meðferð í aðdraganda hjartastopps og of hægt hjartahnoð geti skýrt að hluta þá örorku er sjúklingur varð fyrir.

Að ofansögðu er ljóst að matsmenn telja að meðferð stefnanda hafi ekki verið fullnægjandi í hvívetna. Hér ber að nefna að um var að ræða óvenju flókið og erfitt sjúkratilfelli þar sem sjúklingur var með mjög slæma sýkingu í kvið þegar við

innlögn og sjúkdómsgangur flókinn og erfiður. Ljóst er af lestri gagna að meðferðaraðilar lögðu sig almennt fram um að sinna drengnum sem best. Þó er gagnrýnivert hversu seint var ráðist í enduraðgerð miðað við þær forsendur sem fyrir lágu um slæmt ástand garna við fyrri aðgerðina og það hve bati lét á sér standa.“

Málsástæður stefnanda og lagarök

Stefnandi byggir kröfur sínar á því að stefndi beri óskipta fébótaábyrgð á þeirri saknæmu vanrækslu og háttsemi starfsmanna Heilsugæslunnar á Akureyri og FSA sem á eftir greinir samkvæmt reglunni um húsbónðaábyrgð eða sambærilegri ábyrgð hins opinbera á starfsmönnum sínum. Sömuleiðis að stefndi beri ábyrgð á starfseminni yfirleitt og því að faglega sé staðið að málum í hvívetna. Skipulag hennar þurfi m.a. að vera fullnægjandi og gæði og mönnun megi ekki vera áfátt. Er byggt á því að þetta hafi brugðist og á því beri stefndi fébótaábyrgð. Hér á eftir sé málsástæðum stefnanda lýst. Er á því byggt að allar þessar málsástæður geti staðið sjálfstætt og hver um sig leiði til þess að taka beri kröfur stefnanda til greina að ekki sé talað um þegar þær koma allar eða fleiri saman. Að því leyti sem það kunni að vera réttarfarsleg nauðsyn sé þeim raðað í forgang í þeirri röð sem þær eru settar fram.

1. Á því er byggt að heilsugæslan hafi brugðist of seint við kvörtunum stefnanda og foreldra hans í undanfara þess að hann var lagður inn á FSA. Hefði þurft að athuga fyrr hvers kyns var, rannsaka stefnanda betur og senda hann fyrr á FSA. Stefndi verði samkvæmt almennum sönnunarreglum að bera hallann af því að þetta hefði engu breytt um hvernig fór. Megi í því sambandi nefna að allar tafir geti gert aðgerð meiri, erfiðari og áhættusamari, sjúklinginn máttfarnari og síður tilbúin að taka slíku inngripi í líkamann.
2. Á því er byggt að of seint hafi verið ráðist í seinni aðgerðina. Tilefni hafi verið til að skoða málið gaumgæfilega á fyrri stigum og ráðast í seinni aðgerðina áður en meira yrði af stefnanda dregið. Samkvæmt almennum sönnunarreglum verði stefndi að bera hallann af því að þetta hefði engu breytt um hvernig fór. Megi í því sambandi nefna að allar tafir geti gert aðgerð meiri, erfiðari og áhættusamari, sjúklinginn máttfarnari og síður tilbúin til að taka slíku inngripi í líkamann.
3. Á því er byggt að ranglega hafi verið staðið að vökvagjöf á meðan stefnandi dvaldi á FSA. Í fyrsta lagi hafi honum verið gefinn of mikill vökvi og ekki farið eftir verklagsreglum. Ekki hafi heldur verið fylgst nægilega með vökvajafnvægi, s.s. með því að vigta stefnanda og hafi það leitt til þess að vökvagjöf varð röng og ómarkviss. Á því er byggt að þetta hafi m.a. leitt til þess að þvagútskilnaður datt niður þann 11. nóvember 2004 með tilheyrandi vökvauppsöfnun og ójafnvægi í prótein- og blóðhag stefnanda svo og átt þátt í hjartastoppi stefnanda þann dag. Á því er byggt að þetta geti leitt til hjartabilunar og/eða vanstarfsemi í nýrum. Um orsakasamband vísist til þess kafla í stefnu. Um þetta vísist a.ö.l. til álitsgerðar dr. Sveinbjörns Gizurarsonar. Einnig hefði átt að bregðast við lækkuðu haemoglóbíni hjá svo veikum einstaklingi. Hér hefði þurft að taka hjartalínurit.

4. Á því er byggt að lyfið búpivakaín hafi verið ofskammtað. Ofskömmun valdi eitruáhrifum á hjarta (cardiotoxic effect) sem geti leitt til hjartastopps (cardiac arrest). Á því er byggt að búpivakaín hafi verið gefið ótæpilega og þegar hjartastoppið átti sér stað hafi magn búpivakaíns í blóði stefnanda verið 6,41-7,3 µg/mL. Á því er byggt að gildi búpivakaíns í sermi og plasma hjá stefnanda hafi verið rúmlega sjöfalt viðmiðunargildi búpivakaíns og 3,8 falt yfir eitrunarmörkum. Jafnframt er byggt á því að vegna þess mikla vökva sem stefnandi hafi fengið hafi magn af fríu lyfi í blóði hækkað og ýtt undir eitrunaráhrif lyfsins. Þetta hafi sérstaklega átt að varast. Einnig hafi menn átt að hafa í huga að hækking styrkur búpivakaíns minnkar hlutfall þess lyfs sem er próteinbundið og ýtir enn undir eitrunaráhrif. Á því er byggt að stefnandi hafi haft verki í aðdraganda hjartastoppsins sem hafi gefið vísbendingu um hjartaverki. Að minnsta kosti hafi þeir verið slíkir að skoða hefði þurft þennan möguleika, einkum í ljósi vökvagjafar og búpivakaíngjafar, enda hafi verkirnir ekki horfið við það að gefin voru sterk verkjalyf. Jafnframt er talið saknæmt að ekki hafi verið til viðbragðsáætlun við ofskömmun þessa lyfs eða eitrunaráhrifum þess. Um sönnun fyrir orsakasambandi vísist til þess kafla í stefnunni. Að öðru leyti vísast til álitserðar dr. Sveinbjörns Gizurarsonar.

5. Á því er byggt að ofskömmun lyfsins cetóbemídon leiði til öndunarbælingar, meðvitunarleysis, dauðadás eða jafnvel dauða. Á því er byggt að lyfið hafi verið gefið í a.m.k. þreföldu því magni sem þurfi til að öndunarbæling verði hjá börnum. Jafnframt er byggt á því að það hafi verið saknæmt að hafa ekki mótefnið naloxón tiltækt ef öndunarstopp yrði. Í því sambandi er á því byggt að röng viðbrögð hafi verið við öndunarstoppi og þetta hefði verið nærtækast að skoða. Þetta lyf hefði þurft að vera til taks og gefið a.m.k. samhliða öðrum aðgerðum. Á því er byggt að ekki hafi verið fagleg rök að gefa þetta lyf, einkum þegar það hafði ekki áhrif á verkina. Við það bætist að blóðsýni var ekki sent Rannsóknarstofu í lyfjafræði til mælingar á blóðþéttni cetóbemídon. Verði stefndi að bera hallann af sönnunarfunda sem af þeirri vanrækslu leiði. Að öðru leyti vísist til álitserðar dr. Sveinbjörns Gizurarsonar. Um sönnun um orsakasamband vísist til þess kafla í stefnunni.

6. Á því er byggt að fjöldi lyfja sem gefinn var hafi haft áhrif á hjarta og lungu og mjög óæskileg áhrif, sérstaklega samhliða notkun þeirra lyfja sem að framan séu nefnd og það verði einnig að virða stefnda til sakar. Á því er byggt að vökvagjöf, ofnotkun og óþörf notkun lyfjanna búpivakaíns og cetóbemídon, ásamt öðrum lyfjum, hafi hvert um sig leitt til þess sem gerðist, auk þess sem þau hafi haft samverkandi áhrif. Ekki hafi verið brugðist við viðvörðunum þegar blóðþrýstingur lækkaði um kl. 15 og síðan aftur um kl. 16:30 þegar þúls jókst. Komi þessar breytingar heim og saman við aukaverkanir búpivakaíns á hjarta- og æðakerfi.

7. Á því er byggt að ekki hafi verið fylgst nægjanlega með blóðþrýstingi og það hafi verið handvömm að láta blóðþrýstingsmæli standa allt að 20 cm fyrir neðan hjartastað þannig að mæligildin urðu of há. Rétt mæling hefði getað leitt til viðbragða fyrr. Auk þess hafi verið tortryggilegt að blóðþrýstingur lækkaði þrátt fyrir mikla verki og hafi þá átt að staldra við og kanna hvers kyns væri.

8. Á því er byggt að röng viðbrögð hafi verið sýnd við öndunarstoppi. Í fyrsta lagi hafi átt að gefa lyfið naloxón. Hefði það hugsanlega getað breytt öllu. Í öðru lagi hafi ekki verið farið nógu snemma í aðrar nauðsynlegar aðgerðir til að koma öndun í gang s.s. barkapræðingu. Lyfjum hefði mátt dæla strax í stefnanda enda hafði bæði verið sett „útlæg bláæðanál“ og nýr bláæðaleggur. Hægt hefði verið að minnka verulega hættu á ásvelgingu enda hafi stefnandi verið með magasondu. Töf og tilraunir með að koma öndun í gang, með þeim hætti sem gert var, hafi ekki átt rétt á sér eða hafi a.m.k. staðið of lengi.

9. Á því er byggt að skipulag, vinnuferli, gæðastjórnunarferli og verklag hafi ekki verið fullnægjandi.

10. Á því er byggt að ekki hafi verið staðið rétt að endurlífgun. Í fyrsta lagi hafi átt að framkvæma afeitrunarmedferð við ofskömmun búpivakáins og gefa lyfið naloxón vegna lyfsins cetóbemídon. Í öðru lagi hafi viðbrögð verið mjög hæg og viðbragðsáætlanir ekki í lagi. Í þriðja lagi hafi hjartahnoðið ekki verið framkvæmt eins og kveðið sé á um. Heilbrigðisstarfsfólki og almenningi sé kennt að mjög mikilvægt sé að hnoða a.m.k. 100 sinnum á mínútu.

11. Viðbrögð við „hálsverknum“ hefðu m.a. mátt leiða hugann að hjartaöng. Hefði þurft að taka hjartalínurit, svo slæmur var þessi óútskýrði verkur.

Hafa verði í huga að atvikið átti sér stað á gjörgæsludeild og verði því að leggja strangt sakarmat á stefnda. Verði í því sambandi að miða við hvaða kröfur verði almennt gerðar til gjörgæsludeilda um mönnun, búnað, verklag, skipulag, til starfsmanna hennar og gæða almennt. Sömuleiðis verði að hafa í huga ákvæði 9. gr. læknalaga nr. 53/1988 og reyndar einnig 1. gr. laga nr. 97/1990, sem hafi gilt þegar atvikið átti sér stað. Af 9. gr. læknalaga leiði m.a. að lækni beri að sýna árvekni og koma í veg fyrir að nokkuð gerist af því tagi sem fjallað hafi verið um að framan. Einnig beri honum að halda við þekkingu sinni og fara nákvæmlega eftir henni. Í þessu felist m.a. að þekkja þau lyf og meðferðir sem notaðar séu. Þekkja aukaverkanir, skammtastæðir og allt sem beri að varast og hafa í huga, sömuleiðis samspil lyfja og allra þessara þátta. Sömuleiðis hættumerkin þegar hugsanlegar aukaverkanir eða neikvæðar afleiðingar koma fram og sýna þá árvekni að ganga úr skugga um hvers kyns er. Hafi viðkomandi starfsmönnum ekki verið skömmtuð nægileg góð aðstaða, mannaflí eða slíkt beri stefndi einnig bótaábyrgð á því.

Um bótakröfu samkvæmt 26. gr. skaðabótalaga nr. 50/1993

Miðað við framangreindar lýsingar á saknæmri háttsemi starfsmanna FSA verði að leggja til grundvallar að gáleysið sé stórfellt og í raun vítavert. Afleiðingar hins vítaverða gáleysis séu þær að stefnandi sé með öllu ósjálfbjarga, geti ekki tjáð sig, haft hægðir, kynnst hinu kyninu, fengið atvinnu eða átt framtíðardrauma sem hann geti hrint í framkvæmd. Varla nokkuð eftir af almennum lífsgæðum sem venjulegt fólk eigi og þrái nema að hann hefur klæði og húsnæði og matast í gegnum sondu. Mjög erfitt sé að ákvarða miskabætur í svona tilfellum enda sé ekki til sú peningaupphæð sem geti komið í staðinn fyrir þau lífsgæði sem stefnandi hefur misst.

Um aðild

Óumdeilt sé að íslenska ríkið beri ábyrgð á starfsemi heilsugæslunnar á Akureyri og Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri. Því sé óþarft að útskýra þá aðild frekar.

Um tölulega kröfugerð og vaxtakröfu

1. Þjáningarbætur reiknist frá 11. nóvember 2004 til 1. júní 2007 eða í 933 daga. Þjáningarbætur fyrir rúmleggjandi séu 2.190 krónur á dag eða 2.043.270 krónur. Stefnandi sé veikur og á sjúkrastofnunum alveg til stöðugleikapunkts. Það sé yfir allan vafa hafið og reyndar hafi því ástandi ekki létt. Beri því að greiða þjáningarbætur allan tímann. Hann hafi aldrei komist á fætur.

2. Örorkunefnd mat varanlegan miska 100%. Hinn 1. desember 2007 hafi miskabætur fyrir 100% miska verið 6.736.000 krónur.

Samkvæmt 3. mgr. 4. gr. skaðabótalaga megi ákveða hærri miskabætur, allt að 50% ef sérstaklega standi á. Segja megi að stefnandi hafi tapað öllum lífsgæðum sínum andlega og félagslega, framtíðardraumum og nánast öllu sem til lífsgæða megi telja. Séu afleiðingar hinnar skaðabótaskyldu háttsemi slíkar að ef ekki verði beitt hámarksálagi sé vandséð hvenær því yrði nokkurn tímann beitt. 50% hækkun miska nemi 3.368.000 krónum.

Einnig sé krafist miskabóta að fjárhæð 8.000.000 króna samkvæmt 26. gr. skaðabótalaga. Um rökstuðning fyrir miska samkvæmt 26. gr. skaðabótalaga sé vísað til þess sem sagt er um þetta í sérkafla að ofan.

Samtals sé því krafist miskabóta að fjárhæð 18.104.000 krónur.

3. Örorkunefnd mat varanlega örorku 100%. Varanleg örorka reiknist þannig: Lágmarkslaun samkvæmt 7. gr. skaðabótalaga 1.956.490 krónur x stuðull 16,501 x 100% varanleg örorka eða 32.284.041 króna.

Frá varanlegri örorku dragist 18.436.693 krónur vegna eingreiðsluverðmætis lífeyrisgreiðslna sbr. framlagðan útreikning Talnakönnunar hf.

Krafa stefnanda sundurliðist svo:

<i>Kröfur sem vextir reiknast af frá slysdegi, 11. nóvember 2004</i>	
Þjáningabætur	kr.
2.043.270	
Miski	kr.
6.736.000	
Álag á miska	kr.
3.368.000	
<u>Miski skv. 26. gr. skaðabótalaga</u>	<u>kr.</u>
<u>8.000.000</u>	
Samtals	kr.
20.147.270	

Kröfur sem vextir reiknast af frá stöðugleikapunkti 1. júní 2007

Varanleg örorka	kr.
32.284.041	
<u>Frádrégið áætlaðar greiðslur v/Tryggingastofnunar ríkisins</u>	<u>kr. -</u>
<u>18.436.693</u>	
Samtals	kr.
13.847.348	

Höfuðstóll stefnukröfu

Kröfur sem bera vexti frá slysdegi 11. nóvember 2004	kr.
20.147.270	
<u>Kröfur sem bera vexti frá stöðugleikapunkti 1. júní 2007</u>	<u>kr.</u>
<u>13.847.348</u>	
Samtals	kr.
33.994.618	

Hinn 29. ágúst 2007 voru 7.451.720 krónur greiddar úr sjúklingatryggingu Tryggingastofnunar ríkisins sem á þeim degi dragast frá kröfunni.

Upphafsdagur dráttarvaxta miðist við 16. febrúar 2008 en þá hafi verið liðinn mánuður frá því að endanlegar kröfur stefnanda voru settar fram, sbr. bréf lögmanns stefnanda til lögmanns stefnda, dags. 16. janúar 2008.

Orsakasamband

Á því er byggt að samkvæmt almennum reglum og dómvenju beri stefndi sönnunarbyrði fyrir því að það sem virða megir honum til sakar hefði engu breytt um hvernig fór. Á því er byggt að vandamál í hjarta og öndun hafi verkað hvort á hitt þannig að það sem leitt gat til öndunarstopps hafi því einnig getað leitt til hjartastopps og öfugt. Einnig er á því byggt að afleiðingar vanrækslu og rangra ákvarðana hafi allar verkað hver á aðra og átt þannig þátt í hvernig fór.

Lagarök

Vísað er til almennra reglna um bótakröfur hins opinbera, almennu skaðabótareglunnar, reglunnar um húsbóndaábyrgð og reglunnar um ábyrgð hins opinbera á starfsmönnum sínum og starfsemi. Vísað er til 9. gr. læknalaga nr. 53/1988 og 1. gr. laga nr. 97/1990.

Málsástæður stefnda og lagarök

Stefnandi byggir á því að brugðist hafi verið of seint við af hálfu heilsugæslunnar á Akureyri og að ekki hafi verið hlutast til um rannsóknir á því hvað gengi að stefnanda. Hinn 27. febrúar 2003 hafi heilbrigðis- og tryggingaráðuneytið og Akureyrarkaupstaður gert með sér samning þess efnis að Akureyrarkaupstaður tók að sér rekstur heilsugæslustöðvarinnar á Akureyri. Samkvæmt grein 6.5 í samningnum tókst Akureyrarkaupstaður á hendur ábyrgð á skaðabótaskyldu tjóni sem starfsmenn heilsugæslunnar valda. Stefndi telur því að hann sé ekki réttur aðili til varnar að því er varðar þessa málsástæðu og vísar til 2. mgr. 16. gr. laga nr.

91/1991 til stuðnings sýknukröfu sinni.

Verði ekki fallist á sýknu vegna aðildarskorts byggir stefndi á því að ekki hafi dregist úr hófi að senda stefnanda á sjúkrahús. Samkvæmt samskiptaseðli frá 1. nóvember 2004 hafi fyrst verið hringt í heilsugæsluna 1. nóvember vegna uppkasta og hita. Daginn eftir hafi stefnandi verið skoðaður á heilsugæslustöðinni. Þvag- og blóðprufur hafi verið teknar. Daginn eftir hafi verið haft samband í síma og þá hafi stefnandi verið hressari og þá ákveðið að sjá til hvort einkenni löguðust ekki. Daginn eftir hafi kviðverkir enn verið til staðar og þá hafi verið ákveðið að senda stefnanda á sjúkrahús til frekari skoðunar. Stefndi telur að í þessu tilviki hafi ekki verið staðið óeðlilega að verki og ekki hafi verið dregið að senda stefnanda á sjúkrahúsið. Eðlilegar rannsóknir hafi verið gerðar og eftir að niðurstöður úr þeim lágu fyrir hafi aðeins einn sólarhringur liðið áður en stefnanda var vísað á sjúkrahúsið til barnalæknis til skoðunar.

Þá er á því byggt að seinni aðgerðin, sem gerð var á stefnanda 10. nóvember, hafi verið gerð of seint. Í því sambandi sé bent á að tafir á aðgerð geti gert aðgerðir áhættusamari og erfiðari, og sjúklingurinn verði máttfarnari og því síður í stakk búinn undir aðgerð. Í þeim gögnum sem lögð séu fram af hálfu stefnanda og þetta varði sé ekkert sem bendi til orsakasambands á milli þess að aðgerðin var ekki gerð fyrir en 10. nóvember og þess sem gerðist að kvöldi 11. nóvember. Látið sé við það sitja að vísa til þess að reglur um sönnun eigi að leiða til þess að stefndi verði að bera hallann af því að þetta hafi engu breytt um þá hörmulegu atburði sem áttu sér stað 11. nóvember.

Í sjúkraskrá stefnanda komi fram að vel hafi verið fylgst með líðan hans eftir fyrri aðgerðina. Það hafi verið mat lækna á FSA að ekki hafi verið tilefni til að gera aðgerðina fyrir. Það hljóti að verða að byggja á því að mjög skýrar og ótvíræðar vísbendingar séu fyrir því að ráðast þurfi í aðgerð að nýju. Aðgerðir séu alltaf hættulegar og þá sérstaklega þegar gera þurfi aðgerð aftur á sama stað á líkama manna vegna sama eða svipaðs sjúkdóms. Ástand stefnanda hafi verið stöðugt. Það hljóti að verða að leggja mat lækna sem önnuðust stefnanda til grundvallar um það hvenær þörf var á síðari aðgerðinni. Af hálfu stefnanda verði að sýna fram á að þetta mat lækna hafi verið læknisfræðilega óforsvaranlegt. Það verði með öðrum orðum að sýna fram á að þessi dráttur hafi verið saknæmur. Það sé þó ekki nóg því að það þurfi einnig að sýna fram á af hálfu stefnanda að orsakasamband sé óyggjandi á milli þess að drátturinn á því að hefja seinni aðgerðina hafi valdið því að stefnandi fór í hjarta- og öndunarstopp. Engar vísbendingar séu um það í gögnum málsins.

Af hálfu stefnanda sé byggt á því að ranglega hafi verið staðið að vökvagjöf. Á því sé í fyrsta lagi byggt að stefnanda hafi verið gefinn of mikill vökvi, sem sé æði langsótt. Í álistgerð landlæknis sé fjallað um vökvagjöf. Þar komi fram að ástæða hefði verið til þess að auka vökvagjöf fyrir hinn 11. nóvember. Síðan segi að þvagútskilnaður hafi verið fullnægjandi fram undir að ástand stefnanda versnaði skyndilega. Vakthafandi læknir hafi verið að hefjast handa við að auka vökvagjöf þegar stefnandi fór í hjarta- og öndunarstopp. Það hafi því verið mat hans að auka þyrfti vökvagjöf í stað þess að draga úr henni eins og þessi málsálsástæða sé byggð á. Málsástæðan sé því í andstöðu við mat lækna á vökvagjöf og fái ekki staðist.

Því sé haldið fram að vökvagjöf hafi verið röng og ómarkviss og að ekki hafi verið farið eftir verklagsreglum. Í þessu sambandi verði að hafa í huga að stefnandi lá á gjörgæsludeild þar sem fylgst sé meira með sjúklingum en almennt. Vökvagjöf sé því ákveðin eftir þörfum sjúklings og þá miðuð við m.a. aldur þyngd, líkamshita hjartslátt, blóðþrýsting og þvagútskilnað svo að nokkuð sé nefnt. Þetta hafi í för með sér að vökvagjöf sé breytileg eftir ástandi sjúklings. Það sé æði langsótt að uppsöfnun hafi orðið á vökva við það að þvagútskilnaður minnkaði skömmu áður en stefnanda versnaði skyndilega og það eigi þátt í hjartastoppinu. Það hafi verið mat vakthafandi lækni að rétt væri að auka vökvagjöfina skömmu áður en líðan stefnanda breyttist skyndilega og verði ekki annað séð af álitsgerð landlækni en að tekið sé undir það mat. Eftir endurlífgunina hafi verið gerð ómskoðun á hjarta stefnanda sem sýndi góðan samdrátt í hjarta og eðlilega vökvafyllingu sem gefi ótvírætt til kynna að eðlilega hafi verið staðið að vökvagjöf. Óljóst sé hvað átt sé við með því að það hefði átt að bregðast við lækun haemoglóbíns. Að morgni 11. nóvember hafi ekkert bent til þess að súrefnisskortur væri fyrir hendi og að skýring á lágu gildi væru þynningarhrif og því ekki ástæða til blóðgjafar að svo stöddu. Vísað er til raka í greinargerð Sigurðar E. Sigurðssonar yfirlækni varðandi rök fyrir því að ekki var ráðist í blóðgjöf að morgni 11. nóvember. Í stefnu segi einnig að þurft hefði að taka hjartalínurit. Af þessu tilefni verði að geta þess að engin vísbending hafi verið um þörf á hjartalínuriti að morgni 11. nóvember. Vel hafi verið fylgst með stefnanda eins og gögn málsins beri með sér og hann tengdur við hjartarita eins og tíðkanlegt sé.

Byggt sé á því að búpivakaín hafi verið ofskammtað, sem hafi valdið eituráhrifum á hjarta stefnanda og orsakað hjartastopp. Í álitsgerð landlækni sé fjallað um þennan þátt. Þar segi að búpivakaín geti valdið eituráhrifum á hjarta, sem lýsi sér í hægum hjartslætti, lækandi blóðþrýstingi og örsjaldan hjartastoppi. Í álitsgerðinni komi fram að eituráhrif lyfsins komi þó yfirleitt fyrr fram í heila en hjarta. Síðan segi að skammtur búpivakaíns hafi verið innan viðmiðunarmarka. Bent sé á að blóðgildi lyfsins hafi verið hátt, en sú mæling hafi verið gerð eftir endurlífgun. Fyrir liggi að blóð stefnanda hafi súrnað verulega við hjartastoppið svo að það sé líkleg skýring og væntanlega eina skýringin á háu gildi búpivakaíns í blóði stefnanda. Í stefnu sé á því byggt að magn búpivakaíns hafi verið rúmlega sjöfalt viðmiðunargildi og 3,8 falt yfir eiturmörkum í sermi og plasma. Svo virðist sem þessar fullyrðingar séu byggðar á álitsgerð dr. Sveinbjarnar Gizurarsonar þar sem þessi gildi séu reiknuð út miðað við gefnar forsendur. Stefndi telji að þessar forsendur standist ekki. Ekki sé tekið tillit til sjúkdóms stefnanda og mæling sem gerð var eftir hjartastoppið gefi ekki rétta mynd af magni lyfsins fyrir hjartastoppið. Bæði sé það vegna hjartastoppisins og þeirra lyfja sem gefin voru í endurlífguninni. Það sem máli skipti sé að það liggi fyrir í gögnum málsins að skammtar sem voru gefnir hafi verið vel innan marka og verði að leggja það til grundvallar við úrlausn málsins. Einnig verði að hafa í huga að engin merki hafi verið um eituráhrif búpivakaíns áður en stefnandi fór í andnað og hjartastopp. Einkenni eituráhrifa lyfsins séu þekkt auk þess verði að benda á að eftir endurlífgun hafi komið fram kröftugur hjartsláttur sem bendi ekki til eituráhrifa af búpivakaíni. Stefndi vísi um nánari skýringu á búpivakaín gjöf til umfjöllunar forstöðulækni gjörgæsludeildar FSA.

Samkvæmt framansögðu telur stefndi að lyfið búpivakaín hafi verið gefið í skömmtum sem séu vel undir viðmiðunarmörkum. Vissulega séu eituráhrif lyfsins þekkt en þau séu þó mjög sjaldgæf og því æði fjarlægur möguleiki. Ekki verði

annað séð en að möguleiki á eituráhrifum við þá skammtastærð sem notuð var sé nánast óþekktur. Þetta verði að hafa þetta í huga við úrlausn málsins. Það er með öðrum orðum ekki hægt að líta svo á að það hafi verið saknæmt að gefa stefnanda lyfið í þeim skömmtum sem gert var. Verði talið að hugsanlegt sé að meðferð með búpivakaíni eigi einhvern þátt í hvernig fór verður að líta til þess að lyfjagjöfin var vel innan viðmiðunarmarka og því hljóti afleiðingarnar að vera svo fjarlægjar að ekki sé hægt að líta svo á að læknar sem meðhöndluðu stefnanda hefðu átt að geta séð þær fyrir.

Því sé haldið fram að það sé saknæm háttsemi að ekki hafi verið til viðbragðsáætlun við ofskömmtun búpivakaíns. Hér að framan sé rakið að lyfið hafi ekki verið ofskammtað og vísist til þess. Það megi einnig benda á að ekki séu til mótefni við ofskömmtun staðdeyfilyfja en aðstaða til endurlífgunar hafi verið til staðar ásamt starfsmönnum sem höfðu mikla reynslu á því sviði.

Skömmu áður en öndunar- og hjartastopp varð hjá stefnanda hafi hann kvartað um verki í hálsi sem voru verri við innöndun. Eins og fram kemur í álitagerð landlæknis hafi ekki fundist skýringar á þessum verkjum stefnanda þó að ítarlegar rannsóknir hafi verið gerðar síðar. Allt að einu virðist byggt á því af hálfu stefnanda að verkirnir hafi stafað frá hjarta. Tengsl verkjanna og skyndilegrar andnaðar og hjartastoppes séu hins vegar ekki ljós. Viðbrögðum læknis á gjörgæsludeild er lýst í greinargerð Jóns Steingrímssonar svæfingalæknis. Þar komi fram að brugðist hafi verið við með því að verkjalyfjagjöf var aukin og stefnandi skoðaður m.a. af hálsnef og eyrnalækni, án þess að einhlít skýring fengist á verkjunum. Ákveðið hafi verið að rannsaka þetta frekar en ekki hafi unnist tími til þeirra rannsókna áður en líðan stefnanda versnaði skyndilega. Hér verði að hafa í huga að lítill tími var til að gera frekari rannsóknir. Það sem máli skipti sé að þó að aðrar rannsóknir hefðu verið gerðar hefðu þær ekki breytt neinu um gang mála því að ekki hafi fundist skýring á verkjunum frá hálsi í rannsóknum sem gerðar voru síðar.

Á því sé byggt að lyfið Ketogan (cetóbemíðón) hafi verið ofskammtað sem hafi leitt til öndunarbælingar og að það hafi verið saknæmt að hafa ekki lyfið naloxón tiltækt og hafa ekki gefið stefnanda það lyf. Lýsing Jóns Steingrímssonar svæfingalæknis á lyfjagjöf þann 11. nóvember liggja fyrir í málinu. Þar komi fram að Ketogan var gefið í æð 1 mg í senn, alls 4 mg milli kl. 17 og 19. Engin merki hafi verið um öndunarbælingu. Hann lýsi því að öndun hafi verið grunn og hröð sem hann hafi talið skýrast af verkjum stefnanda. Engin merki hafi verið um öndunarbælingu fram að meðvitundarskerðingu. Jón lýsi því að þegar hann hafi verið að reyna í annað sinn að koma fyrir æðalegg í handlegg stefnanda hafi öndun skyndilega orðið hæg og stefnandi misst meðvitund. Þessi einkenni samrýmist ekki því að lyfið Ketogan hafi valdið öndunarbælingu. Slík bæling komi fram mjög skömmu eftir að lyfið er gefið í æð, svo að mjög hæpið sé að halda því fram að ofskömmtun Ketogan hafi valdið öndunarstoppi. Vegna þessa hafi ekki verið talið rétt að gefa naloxon, en að sjálfsögðu hafi lyfið verið til staðar á gjörgæsludeildinni.

Af hálfu stefnanda sé síðan byggt á því að fjöldi lyfja sem stefnandi var meðhöndlaður með hafi haft áhrif á hjarta og lungu stefnanda samhliða notkun búpivakaíns og Ketogans. Það megi að nokkru leyti vísa til þess sem að framan er rakið varðandi notkun framangreindra lyfja. Annars sé erfitt að átta sig á hvað átt sé við með þessari málsástæðu. Í gögnum málsins sé ekki að finna nein rök fyrir því

að lyfjagjöf hafi verið röng og að stefnandi hafi þess vegna lent í andnað og hjartastoppi, svo að stefndi mótmæli því að þessi málsástæða geti leitt til bótaskyldu.

Stefndi telji að umönnun stefnanda fram að því að ósköpin dundu yfir hafi verið í samræmi við ástand stefnanda á hverjum tíma. Við mat á þessum þætti verði að líta til þess að þeir sem að umönnun stefnanda komu hafi metið ástand hans með vöktun og brugðist við breytingum í samræmi við það sem gera meg kröfur um. Af hálfu stefnanda hafi ekki verið reynt að sanna að ekki hafi verið staðið rétt að umönnun stefnanda. Gögn málsins bendi eindregið til þess að faglega hafi verið staðið að meðferð stefnanda og í samræmi við kröfur sem gerðar verði til sérfræðinga á því sviði sem um sé að tefla. Af hálfu stefnanda virðist einkum byggt á álitserð dr. Sveinbjörns Gizurarsonar. Skjal þetta sé gert að beiðni lögmanns stefnanda og takmarkist við lyfjameðferð sem stefnandi fékk dagana 3-12 nóvember. Eins og að framan greini telur stefndi að á þessu skjali verði ekki byggt varðandi lyfjagjöf, enda sé höfundur þess ekki læknismenntaður og hafi ekki reynslu af meðferð sjúklinga á gjörgæsludeildum. Stefndi vísar hins vegar til álitserðar landlæknis þar sem fram komi að meðferð stefnanda hafi verið í samræmi við það sem ætlast mátti til við svipaðar aðstæður. Það liggi fyrir samkvæmt gögnum málsins að breyting á ástandi stefnanda hafi orðið mjög skyndilega, nánast fyrirvaralaust og hafi verið brugðist við ástandinu eins og ætlast mátti til.

Að því er varðar endurlífgunina telur stefndi að staðið hafi verið að henni í samræmi við vinnureglur og mat lækna sem önnuðust stefnanda. Rétt sé að geta þess að þeir starfsmenn Sjúkrahússins á Akureyri sem komu að endurlífguninni hafi allir mikla reynslu. Af hálfu stefnanda sé vísað til þess að það hefði átt að framkvæma afeitrunarmeðferð við ofskömmtun búpivakaíns og gefa lyfið naloxón. Um þetta hafi verið fjallað að framan og sé vísað til þess. Óljóst sé hvað átt sé við með því að það hefði átt að framkvæma afeitrunarmeðferð. Hafi átt að gera það samhliða því að verið var að tryggja öndun stefnanda eftir fyrirvaralaus andnað? Í hverju átti afeitrunarmeðferðin að felast?

Því sé haldið fram að viðbrögð hafi verið svifasein og viðbragðsáætlanir ekki í lagi. Af álitserð landlæknis verði ekki annað ráðið en að beitt hafi verið viðurkenndum aðferðum við endurlífgunina. Við mat á því hvernig staðið var að endurlífgun verði að hafa í huga að atburðarásin var mjög óvænt og hröð. Kallað hafi verið eftir aðstoð innan og utan sjúkrahússins og hafi aðstoðin komið á mjög skömmum tíma eftir að ástand stefnanda breyttist skyndilega. Gjörgæsludeildin hafi verið búin öllum venjulegum búnaði og sé fullbúinn bráðvagn alltaf til staðar á gangi deildarinnar. Eins og segi í álitserð landlæknis hafi öllum tiltækum endurlífgunaraðferðum verið beitt og því sé mótmælt af hálfu stefnda að hjartahnoð hafi ekki verið í samræmi við staðla.

Hér að framan hafi verið reifaðar málsástæður stefnda. Í því sambandi hafi verið vísað til álitserðar landlæknis. Álitserðin byggir á þeim gögnum sem lögð séu fram í málinu ásamt samtölum við þá starfsmenn FSA sem hafi komið að meðferð stefnanda. Ástæður fyrir því að stefnandi fór í öndunar- og hjartastopp séu taldar vera margir samverkandi þættir, sem nánar séu raktir í álitserðinni. Af þessari álitserð verði ekki ráðið að starfsmenn FSA hafi sýnt af sér saknæma háttsemi. Stefndi telur að bótagrundvöllurinn sé sakarreglan og því þurfi að sýna fram á sök

þeirra sem önnuðust stefnanda, það er að segja að vinnubrögð þeirra standist ekki kröfur um fagleg og vönduð vinnubrögð. Það hafi ekki verið gert í þessu máli. Í því sambandi bendi stefndi á að í niðurlagi álitsgerðar landlæknis segi að sjúkdómsgangurinn hafi verið erfiður og flókinn. Síðan segir að brugðist hafi verið við breytingum og skyndilegum atburðum eftir bestu þekkingu. Loks segir að allir þeir sem komu að umönnun stefnanda hafi verið með mikla reynslu og þekkingu í fagi sínu og brugðist við eins og ætlast má til af góðum og gegnum læknum undir svipuðum kringumstæðum. Þessi ummæli verði ekki túlkuð á annan veg en að faglega hafi verið staðið að umönnun stefnanda.

Komi til þess að stefndi verði ekki sýknaður af kröfum stefnanda geri hann neðangreindar athugasemdir við fjárkröfur stefnanda:

Krafa um miskabætur skv. 26. gr. laga nr. 50, 1993.

Stefndi telur að engin skilyrði séu fyrir því að verða við þessum lið í kröfugerðarinnar. Af hálfu stefnanda sé látið við það sitja að vísa til málsástæðna í heild til stuðnings því að starfsmenn FSA hafi sýnt af sér stórfellt gáleysi. Það sé mjög erfitt að taka til varna eins og framsetning þessarar málsástæðu er háttáð. Stefndi telur þó að það nægi að vísa til álitsgerðar landlæknis til að hafna því að um stórfellt gáleysi hafi verið að ræða.

Þjáningabætur

Stefndi telur að það verði í þessu tilviki að líta til þess að tímabilið sem krafist sé þjáningabóta fyrir er mjög langt og því rétt að lækka þjáningabætur með vísan lokamálsliðar 1. mgr. 3. gr. laga nr. 50/1993.

Varanlegur miski

Stefndi gerir ekki athugasemdir við útreikning á bótum fyrir varanlegan miska.

Af hálfu stefnanda sé gerð krafa um 50% álag á fjárhæð bóta fyrir varanlegan miska með vísan til 3. mgr. 4. gr. laga nr. 50/1993. Reglan geri ráð fyrir að heimilt sé að hækka fjárhæð bóta um allt að 50% ef sérstaklega standi á. Vissulega séu lífsgæði stefnanda verulega skert. Hins vegar sé spurning hvort hinn metni miski hans nái ekki að bæta miska hans að fullu. Í dómaframkvæmd hafi álag á bætur fyrir varanlegan miska ekki verið dæmt 50%. Verði talið að rétt sé að dæma álag á fjárhæð bóta fyrir varanlegan miska telur stefndi að ekki beri að beita heimildinni að fullu.

Varanleg örorka

Ekki eru gerðar athugasemdir við útreikning kröfunnar. Af hálfu stefnanda hafi verið lagður fram útreikningur Talnakönnunar hf. á eingreiðsluverðmæti bóta frá Tryggingastofnun ríkisins. Í málinu liggja ekki fyrir hvort þarna sé um tæmandi talningu bóta að ræða sem stefnandi eigi rétt á og sé óskað eftir að aflað verði gagna um það. Áskilur stefndi sér rétt til að krefjast lækkunar á kröfunni umfram lækkunina sem fram kemur í útreikningi Talnakönnunar hf.

Niðurstaða

Í þinghaldi 25. nóvember sl. lagði stefndi fram bókun þar sem því er lýst að hann telji vafa leika á því að rekstur málsins sé í samræmi við 1. mgr. 95. gr. laga nr. 91/1991, þar sem stefnandi hafi aflað matsgerðar eftir að stefndi lagði fram greinargerð sína. Þessi háttur á rekstri málsins geri stefnda ekki kleift að svara þeim atriðum sem byggt er á í matsgerðinni nema við aðalmeðferð málsins. Stefndi telji að um sé að ræða atriði sem dómari gæti af sjálfsdáðum og geri því ekki kröfu um að málinu verði vísað frá dómi af framangreindum ástæðum.

Ákvæði 1. mgr. 95. gr. laga nr. 91/1991 stendur ekki í vegi fyrir því að stefnandi máls geti lagt fram gögn til viðbótar þeim er lögð voru fram við þingfestingu máls, sbr. 2. mgr. sömu greinar. Matsgerð dómkvaddra matsmanna var lögð fram í málinu áður en aðilar lýstu skriflegri gagnaöflun lokið. Telja verður að stefnandi hafi með framlagningu stefnu og fylgigagna við þingfestingu málsins uppfyllt ákvæði 1. mgr. 95. gr. laga nr. 91/1991. Málátilbúnaður stefnanda í stefnu gefur ekki tilefni til frávísunar málsins án kröfu.

Eins og áður er rakið byggir stefnandi skaðabótakröfu sína á því að starfsmenn Heilsugæslunnar á Akureyri og starfsmenn Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri hafi sýnt af sér saknæma háttsemi og vanrækslu í sambandi við þá læknismeðferð sem hann hlaut, annars vegar á heilsugæslustöðinni og hins vegar á FSA, sem hafi bakað honum tjón sem stefndi, íslenska ríkið, beri bótaábyrgð á. Af hálfu stefnda er þessum fullyrðingum stefnanda mótmælt og krefst stefndi sýknu af kröfum stefnanda í málinu.

Stefnandi byggir á því að heilsugæslan hafi brugðist of seint við kvörtunum stefnanda.

Samkvæmt framlögðum samskiptanótum var Bragi Sigurðsson heilsugæslulæknir í símasambandi við móður stefnanda 1. nóvember 2004. Daginn eftir kom stefnandi til rannsóknar á heilsugæslustöðina. Hinn 3. nóvember var hann síðan lagður inn á FSA.

Bragi Sigurðsson bar fyrir dómi að hann hefði rannsakað stefnanda ítarlega er hann kom á heilsugæsluna 2. nóvember 2004. Hann hafi reynt að meta hvort hann væri með botnlangabólgu en talið að svo væri ekki. Blóð stefnanda var rannsakað og kvaðst hann hafa mælt blóðþrýsting og púls. Stefndi hafi verið nokkuð hressari en daginn áður og hafi hann talið að þetta sem hafði verið að angra

stefnanda væri vírussýking sem væri vonandi að ganga yfir.

Í matsgerð dómkvaddra matsmanna kemur fram að þegar drengurinn kom til skoðunar á FSA greindist hann með einkenni lífhimnubólgu. Við skoðun við komu hafi hann verið með dæmigerð lífhimnubólgueinkenni, mjög þaninn kvið og ástandið greinilega langt gengið klínískt. Þessu beri illa saman við skoðun sem lýst er í gögnum heilsugæslu hinn 2. nóvember en þar sé lýsing með þeim hætti að ekki var fullljóst að sjúklingur væri með alvarleg einkenni. Því komi á óvart hversu alvarleg einkennin voru orðin daginn eftir við skoðun á bráða- og slysadeild þegar sjúklingur hafði mjög ákveðin einkenni um lífhimnubólgu og bráðaástand í kvið. Í innlagnarnótu komi fram að sjúklingur hafi lítið nærst og hafi haft hita í um vikutíma og virðist lýsing á sjúkrasögu nokkuð stangast á við það sem kemur fram í nótum heilsugæslu. Ekki sé þó hægt að fullyrða að skoðun á heilsugæslu hafi verið ófullnægjandi. Almennt virðist sem drengurinn hafi borið sig óvenjuvel og haft væg einkenni miðað við hve alvarleg veikindin voru. Matsmenn telja ekki hægt að fullyrða að heilsugæslan hafi brugðist of seint við út frá þeim gögnum sem fyrir liggja.

Dómurinn fellst á niðurstöðu matsmanna að þessu leyti og þykir ekki sýnt fram á það í málinu af hálfu stefnanda að starfsmenn heilsugæslunnar á Akureyri hafi sýnt af sér stórkostlegt gáleysi eða vanrækslu gagnvart stefnanda er leiði til bótaskyldu.

Eins og greinir í sjúkraskrá stefnanda, dagnótum og matsgerð dómkvaddra matsmanna, sem byggð er á fyrirliggjandi gögnum, var við mat á slysadeild FSA talið að sjúklingur þyrfti innlögn vegna kviðverkja sem þörfuðust bráðaaðgerðar. Í innlagnarnótu er lýst sjúklingi með viku sögu um hita, uppköst og versnandi kviðverki. Við skoðun var hann talinn greinilega slapplegur og kviður þaninn og „tympanískur“ en ekki Brettharður. Hann verkjaði hvarvetna í kvið við þreifingu og var með sleppieymsli. Skurðlæknir, Valur Þór Marteinsson, taldi hann við skoðun hafa lífhimnubólgueinkenni og sýndi yfirlitsmynd af kvið garnastíflu í smágirni; mismunagreiningar voru botnlangabólga eða meðfæddur sjúkdómur. Vegna þessara mismunagreininga var stefnandi tekinn til bráðaaðgerðar sem framkvæmd var af Vali Þór Marteinssyni skurðlækni. Aðgerð leiddi í ljós stíflu og drep í Meckels sarpí með drepbreytingum í aðliggjandi smágirni ásamt sýkingu í kviðarholi. Um 20 cm af smágirni voru fjarlægðir og aðliggjandi smágirni endurtengt. Einnig var hluti netju fjarlægður. Í aðgerðarlýsingu er talað um að meginhluti smágirnis sé mjög útvíkkaður og rifur á yfirborði en þó hvergi gat á görn. Vefjagreining sýndi Meckels sarpí með drepí og rofí auk mikillar lífhimnubólgu.

Eftir aðgerð var stefnandi fluttur á gjörgæslu og meðhöndlaður með sýklalyfjum (Zinacef, Flagyl og ampicillin). Hann fékk mikinn vökva til að koma þvagmyndun í gang. Var hann nokkuð stöðugur fyrst eftir aðgerð en þurfti áframhaldandi mikla verkjameðferð og fékk morfín í æð. Að kvöldi 4. nóvember var hafin sídreypimeðferð með morfíni og síðan skipt yfir í cetóbemídón í sídreypi að kvöldi 5. nóvember. Stefnandi var áfram með garnastíflu og engin garnahljóð heyrnleg; blóðprufur leiddu í ljós merki um mikla bólgu með hækkun á hvítum blóðkornum. Stefnandi þurfti áfram mjög ríkulega vökvagjöf þennan tíma til að viðhalda viðunandi þvagútskilnaði. Ræktun á kviðarholsvökva úr aðgerð leiddi í ljós gram-neikvæða stafi (E.Coli) og streptókokka með gott næmi fyrir sýklalyfjum. Í viku

eftir aðgerð var sjúklingur áfram með garnastíflu og kviður hélt áfram að þenjast út með eymslum og óþægindum. Aðfararnótt 10. nóvember fór síðan að leka garnalíkt innihald út um skurðsár. Vegna gruns um rof á smágirni var sjúklingur tekinn til enduraðgerðar.

Að morgni 10. nóvember var stefnandi tekinn í enduraðgerð og þegar opnað var inn í kviðarhol kom út garnainnihald hægra megin frá kvið og í ljós kom 2 millimetra rof á dausgörn u.þ.b. 5-10 cm frá fyrri þarmatengingu. Þarmurinn var talinn líta betur út en við fyrri aðgerð en þó mjög slakur og við það að handleika hann kom annað rof. Við þessa aðgerð var fjarlægður stór hluti af dausgörn (um 50 cm) sem eftir var og skildir eftir um 10 cm af görn ofan ristils. Stefnandi fékk jafnframt



utanbastlegg („epidural“) og miðbláæðalegg í þessari aðgerð. Hann þoldi aðgerðina vel og var vakinn upp strax eftir aðgerð og fluttur aftur á gjörgæsludeild. Vefjagreining leiddi í ljós dausgörn með gati á tveimur stöðum ásamt áberandi lífhimnubólgu og bólgu í fituvef.

Stefnandi byggir á því að of seint hafi verið ráðist í síðari aðgerðina. Tilefni hafi verið til þess að skoða málið gaumgæfilega á fyrri stigum og ráðast í síðari aðgerðina áður en meira yrði af stefnanda dregið. Stefnandi byggir á því að ekkert í gögnum málsins bendi til þess að orsakasamband sé milli þess að aðgerðin var ekki gerð fyrir en 10. nóvember og þess sem gerðist að kvöldi 11. nóvember 2004.

Valur Þór Marteinsson þvaggfæraskurðlæknir bar fyrir dómi að stefnandi hefði verið með svokallaða garnastíflu eftir fyrri aðgerð. Hreyfingar hafi verið á þarminum en stefnandi hafi verið með garnastíflu í kjölfar aðgerðarinnar, eins og hann hefði reyndar verið með fyrir. Taldi Valur Þór að hjá dreng sem væri búinn að vera veikur í svo margna daga áður en hann væri tekinn til aðgerðar mætti búast við því að það gæti tekið 5, 7 til 10 daga fyrir þarminn að komast aftur á hreyfingu eftir svona garnastíflueinkenni. Kvaðst hann ekki minnst þess að hann hefði verið kominn í gang á þessum tíma. Spurður um það hvort rætt hefði verið um að fara í enduraðgerð fyrr en gert var, kvað læknirinn ekki óeðlilegt að það tæki garnir þennan tíma að fara í gang. Ný aðgerð eða svonefnd „second look“ aðgerð eftir tvo daga hefði ekki sýnt annað en að þarmurinn væri án hreyfingar sökum þess að hann var stíflaður áður og tiki tíma að fara í gang. Síðan við enduraðgerðina hafi komið í ljós að hann hafði fengið sjálfkrafa rof á þarmi, sem sé ekki mjög algengt en sjáist þó stundum. Þá hafi einnig sést að ekki var blóðrásarskerðing í þarminum þannig að engin merki hafi verið um blóðrásarskerðingu þegar hann var opnaður að nýju. Sjálfkrafa rof á þarmi hefði ekki greinst fyrr en það kom í ljós. Engar aðferðir hefðu verið til þess að komast að því. Aðspurður kvaðst Valur Þór ekki hafa haft samband við barnaskurðlækna. Þá hafi ekki verið talin ástæða til þess að senda drenginn suður. Hann kvaðst hafa haft samráð við samstarfslækna sína og þeir talið að það væri í sjálfu sér ekki óeðlilegt að drengurinn væri með garnastíflu þetta lengi.

Í álitsgerð landlæknis segir um tímasetningu aðgerðar hinn 10. nóvember að augljóst hafi verið að mikil ástæða var til þess að gera seinni aðgerðina þegar hún var gerð. Alltaf sé hins vegar erfitt að meta hvort ástæða hefði verið til að gera aðgerð fyrr. Stefnandi hefði verið með mikla verki einkenni garnastíflu. Leiða megi að því líkum að efni hefðu verið til að fara fyrir í seinni aðgerðina þó að erfitt sé að sýna fram á eða fullyrða neitt um að afleiðingarnar hefðu ekki orðið þær sömu

Læknar hans hafi hins vegar metið það svo, þegar atburðir voru að gerast, að ástand hans væri stöðugt og vissulega séu mörg dæmi um það að garnastíflur eftir aðgerðir af þessu tagi lagist á þeim tíma sem hér um ræði.

Í matsgerð er einnig fjallað um tímasetningu enduraðgerðar. Þar segir:

„Ljóst er að mikill sjúkdómur var í kviðarholi Arnars við fyrstu aðgerðina eða eins og lýst er: „Meginhluti smágirnis er mjög útvíkkaður, það eru rifur í yfirborð á nokkrum stöðum en þó hvergi gat, þarmurinn er svo til líflaus að sjá en jafnar sig heldur þannig að það er ekki réttlætanlegt að fjarlægja meira af þarminum“. Í aðgerðarlýsingu frá 10/11 segir: „smágirni...var afar illa blóðræst í síðustu aðgerð...“ ...,þarmarnir eru nokkuð víkkaðir en engan veginn eins og áður eða bláleitir eða svartir eins og þá var“. Eftir fyrri aðgerðina hefði verið hægt að færa rök fyrir því að gerð væri s.k. „second-look“ aðgerð, þ.e. enduraðgerð eftir 1-2 sólarhringa til að meta lífvænleika garna. Að minnsta kosti finnst matsmönnum að læknar hefðu átt að hafa lágan þröskuld á því að gera enduraðgerð þegar bati lét svo á sér standa.“

Í matsgerð segir jafnframt að finna megi að því að engar dagnótur um framgang séu ritaðar af skurðlækni. Í nótu gjörgæslulæknis, Jóns Steingrímssonar, 6. nóvember, sé talað um viðvarandi garnastífluástand, mikla vökvapörf og verki auk þess sem magn þess sem kemur í magaslöngu virðist vera að aukast. Í hjúkrunarskráningu þann dag sé nefnt að kviður sé bretttharður. Hinn 7. nóvember lýsi gjörgæslulæknir því að kviður þenjist út frá degi til dags auk þess sem CRP sé enn hátt og vökvapörf mikil. Einnig segi í greinargerð Girish Hirlekar „Þar [þ.e. á gjörgæsludeildinni] batnaði líðan hans ekki sem skyldi. Kviðurinn áfram mjög stífur og aumur og honum leið illa“. Þetta séu allt teikn um að ástandið í kviðarholinu sé ekki sem skyldi og auðvelt að færa rök fyrir að enduraðgerðar væri þörf, ekki sist að teknu tilliti til þess hvernig garnirnar litu út við fyrstu aðgerðina. Engar dagnótur lækna séu frá 8. og 9. nóvember og sé það miður. Í hjúkrunarskráningu 8. nóvember sé skrifað að vaxandi bjúgur sé á pung, að enginn vindur hafi gengið og að verkir séu verri. Hinn 9. nóvember sé talað um roða í skurðsári og að sjúklingur sé með hita og enn vaxandi bjúg á pung. Þá hafi hann kvartað meira um verki þennan dag. Hinn 10. nóvember hafi garnainnihald síðan farið að leka út um skurðsár og þurfti þá ekki frekar vitnanna við og hafi sjúklingur verið tekinn til aðgerðar þar sem ástandið var þannig að fjarlægja varð um 50 cm af smágirni.

Að teknu tilliti til ofangreinds álykta matsmenn að leiða megi að því líkum að efni hefðu verið til að fara fyrir í seinni aðgerðina.

Dómurinn telur það háð mati hvenær hefði átt að gera enduraðgerð. Eftir fyrri aðgerðina hafði Arnar viðvarandi sýkingareinkenni, hita, mikla verki og garnastíflu sem ekki fóru batnandi. Út frá því má leiða að því líkum að efni hefðu verið til að fara fyrir í seinni aðgerðina þó að erfitt sé að sýna fram á eða fullyrða neitt um að afleiðingarnar hefðu ekki orðið þær sömu. Læknar hans mátu það hins vegar svo, þegar atburðirnir voru að gerast, að ástand hans væri stöðugt. Tekur dómurinn undir með matsmönnum að miður sé að ekki liggi fyrir dagnótur lækna um ástand sjúklingsins eða rökstuðning fyrir ákvörðunum þeirra.

Dómurinn er sammála landlækni og dómkvöddum matsmönnum um að efni hefðu verið til að fara fyrir í seinni aðgerðina. Hins vegar ber að fallast á með stefnda að í

gögnum málsins sem þetta varða er ekkert sem bendir ótvírætt til þess að orsakasamband sé milli þess að seinni aðgerðin var ekki gerð fyrir og þeirra atburða er leiddu til hjartastoppsins.

Í matsgerð er ítarlega rakin rás atburða eftir síðari aðgerðina og sú meðferð er stefnandi hlaut. Er sú umfjöllun byggð á framlögðum gögnum málsins og segir þar:

„Í kjölfar aðgerðar, um hádegi 10. nóvember, var hafin verkjameðferð í utanbastslegg með búpivakaíni (1 mg/ml), fentanýli (2 µg/ml) og adrenalíni 1 µg/ml. Í upphafi var dreypihraði 4 ml/klst. og fljótlega aukinn í 6 ml/klst. (um kl. 13). Arnar fékk að auki viðbótarskammta (bólusa) allt að 4 ml eftir þörfum með 60 mín. biðtíma milli gjafa. Um kl. 20 að kvöldi 10. nóvember, var dreypihraðinn aukinn í 8 ml/klst. Að auki fékk sjúklingur ópíóíð verkjalyfið cetóbemídón (Ketogan) til verkjastillingar eftir þörfum. Hann fékk alls níu skammta af cetóbemídoni (0,5-1 mg/skammt) eftir aðgerð þann 10. nóvember og fram til kl. 4 aðfararnótt þess 11. nóvember en eftir það virtist hann þurfa minna, allt fram á eftirmiðdag sama dags. Eftir aðgerð var hafin meðferð með sýklalyfinu gentamícíni í stað Zinacefs en Flagýl og ampicillín voru áfram óbreytt. Í kjölfar aðgerðar þann 10 nóvember og aðfararnótt 11. nóvember virtist Arnar heldur vera á batavegi. Hann var stöðugur í lífsmörkum og verkjastilling viðunandi með verki skráða milli 1-2/5 á kvarða. Blóðþrýstingur mældist í kringum 120/70 á þessum sólarhring eftir aðgerðina og þvagútskilnaður var nokkuð stöðugur, 50-90 ml/klst.

Að morgni 11. nóvember var sjúklingur í allgóðu ástandi, hann þótti vel verkjastilltur og sat upp rúminu og gerði öndunaræfingar. Blóðrannsókn leiddi í ljós blóðleysi (Hb 73 g/l) sem væntanlega var afleiðing aðgerðar daginn áður auk mikilla veikinda. Þar sem sjúklingur þótti að öðru leyti stöðugur og blóðþrýstingur ágætur var ákveðið að bíða með blóðgjöf. Frá morgni og til kl. 17 fékk hann 2,5 mg af cetóbemídoni sem var minni skammtur en undangenginn sólarhring. Hann fékk áfram 8ml/klst. af utanbastsdreypi jafnframt því að fá 4ml bólusa á 1-4 klst. fresti (alls 6 bólusa frá kl 8 til 18:30).

Um kl. 16:30 fór sjúklingur að kvarta undan „bubblandi“ verkjum í ofanverðum kvið og um 30 mínútum síðar kvartaði hann yfir verkjum vinstra megin í hálsi og voru þessir verkir ólíkir fyrri verkjum. Á þessum tíma skoðaði vakthafandi gjörgæslulæknir (JS) sjúkling og gat ekki fundið ástæður verkjanna og var því hálsnef- og eyrnalæknir kallaður til en hann fann ekki heldur skýringu á þessum verkjum. Þessi verkur var viðvarandi slæmur þrátt fyrir endurtekna skammta af cetóbemídoni (alls 4 mg á tímabilinu frá rúmlega kl. 17 til tæplega kl. 19). Skráður blóðþrýstingur kl. 17:30 þegar sjúklingur var að fá þessa miklu verki var 95/45. Þvagútskilnaður fór minnkandi (kl. 16-17: 265 ml; kl. 17-18: 55 ml; kl. 18-19: 8ml). Á þessum tíma var vökvagjöf aukin en blóðþrýstingur var 85-90/40-50 (erfitt að lesa nákvæm gildi á gjörgæslublaði). Hafist var handa við að leggja nýjan æðalegg kl. 19:25 til að auðvelda vökvagjöf og lögð drög að því að fá röntgenmynd af lungum. Meðan gjörgæslulæknir var að koma fyrir nýjum æðalegg í vinstri handlegg kvartaði Arnar um verki um allan líkamann og um leið varð hann fjarrænn, missti meðvitund og öndun fór hratt versnandi. Hafin var öndunaraðstoð með belg og grímu og kallað eftir frekari aðstoð. Samkvæmt skráningarblaðinu „Hjartastopp-Skráning“ (í sjúkraskýrslu á FSA) var sjúklingur meðhöndlaður með

súrefnismaska (10-15 L O₂) í 13 mínútur. Á þessum tíma fór blóðþrýstingur lækkandi (52/31) og púls einnig (58 slög á mínútu); sjúklingur var í hálfstjandi stöðu í rúmi og með höfuðgafl í um 45°. Gefið var atrópín 0,5mg (12 mín eftir að meðferð með maskaöndun hófst). Sjúklingur var síðan svæfður og barkaþræddur (13 mín eftir að meðferð með maskaöndun hófst). Strax í kjölfar barkaþræðingar varð rafleysa (asystola) var þá gefið adrenalín (0,1-0,2 mg bólusar), atrópín (0,5 mg

bólusar) og hjartahnoð hafið. Hann fékk alls 5 bólusa af atrópíni, 1,5 mg af adrenalíni og 10 einingar af vasópressíni næstu 17 mínúturnar á meðan á hjartahnoði stóð. 30 mínútum eftir að meðferð á maska hófst og 17 mínútum eftir að barkaþræðing og hjartahnoð hófst kom skyndilega eðlilegur púls og blóðþrýstingur varð eðlilegur, 146/56. Meðan á þessu stóð var blóðþrýstingur 30/10 til 52/41 og púls 0 til 50. Blóðgas tekið í kjölfarið kl. 20:05 sýndi efnaskiptasýringu (metabólíska acidósu; pH 6,97, pCO₂ 46 mmHg). Lyfjagjöf um utanbastslegg var stöðvuð um kl. 19.30. Blóðtaka var framkvæmd kl. 22:15 og var þá m.a dregið blóð í búpivakaín mælingu, a.m.k. 2 ½ klst. eftir að dreypt var stöðvað. Tölvusneiðmynd var gerð af lungum og kviðarholi og leiddu ekki ljós lungnablóðrek né aðrar skýringar á verknum eða orsökum þessa öndunar- og hjartastopps. Tölvusneiðmynd af heila leiddi ekkert óeðlilegt í ljós.

Áframhaldandi sjúkrahúslega og afleiðingar

Hafin var kælimeðferð og var Arnari haldið sofandi á öndunarvél næstu 5 sólarhringa. Í kjölfarið var hann vakinn og kom þá í ljós að hann hafði hlotið verulegan heilasklaða. Hann er með skerðingu á heyrn og sjón, nær enginn tjáskipti við umhverfið, verulega spastískur og bundinn við hjólastól.

Um þremur vikum eftir hjartastoppið lágu fyrir niðurstöður úr búpivakaín-mælingu. Mæling í sermi sjúklings leiddi í ljós búpivakaín styrk 3 µg/ml (dskj.46) (um 2 ½ klst. eftir stöðvun lyfjagjafar) og var sýrustig blóðs þá orðið eðlilegt (pH 7.39 kl. 21.55). Viðmiðunargildi lyfsins er um 0,8 µg/ml og toxísk gildi talin >1,5 µg/ml í plasma.“

Jón Steingrímsson svæfingalæknir var vakthafandi læknir svæfinga- og gjörgæsludeildar á umræddum tíma. Hann kom fyrir dóminn til skýrslugjafar. Hann skýrði svo frá að mjög mikið hefði verið að gera þennan dag og vaktaskiptin, sem eigi að fara fram á milli þrjú og fjögur, hafi verið seinna en venjulega. Þau hafi verið í kringum fimm, þannig að svona tíu mínútur í fimm til fimm hafi hann tekið við af Girish Hirlekar. Skömmu eftir að hann tók við vaktinni hafi Guðrún Una hjúkrunarfræðingur sjúklingsins sagt sér að stefnandi væri með verk sem leiddi upp í hálsinn á honum og var tengdur öndun. Honum hafi virst þessi verkur sakleysislegur í fyrstu. Verkjakvartanir hafi ekki verið alveg nýjar af nálinni hvað sjúklinginn varðaði, en hann hafði fengið heilmikla meðferð áður en að þessu kom. Þessi verkur hafi verið tengdur öndun á þann hátt að hann versnaði við innöndun, eða kom við innöndum. Þetta hafi verið svolítið óljóst í fyrstu.

Jón kvað fyrstu viðbrögð hafa verið að fylgja þeim fyrirmælum sem voru sett upp fyrir sjúklinginn. Búið hafi verið að setja í gang deyfingu með utanbastslegg og hann hefði fengið bæði morfín og Ketogan þarna á undan og það hafi orðið úr að hann fengi verkjameðferð með Ketogan í æð. Sú meðferð hafi þó ekki dugað. Aðspurður kvaðst hann ekki muna hvenær það atriði hafi komið til umræðu aftur. Hann hafi verið að sinna öðrum verkefnum þarna á sama tíma og samkvæmt lýsingu talið að ekki væri neitt nýtt eða óvanalegt að gerast. Ef rétt væri munað hafi þetta komið upp aftur í kringum klukkan sex. Í millitíðinni hafi hann verið að leggja deyfingu inni á annarri sjúkrastofu. Um sexleytið hafi hann skoðað stefnanda, en það hafi hann gert endurtekið á þessu tímabili. Kvaðst hann hafa spurt stefnanda út í verkinn og hafi hann verið tengdur öndun og hafi versnað við innöndun og leitt upp í hálsinn. Í upphafi hafi honum ekki fundist auðvelt að greina einhverja sérstaka ástæðu fyrir þessu. Honum hafi fundist verkurinn geta tengst barkaþræðingunni daginn á undan, að þetta gæti verið ertnisverkur í hálsinum vegna barkaþræðingarinnar.

Spurður að því hvort blóðþrýstingur og þvagútskilnaður hefði verið athugaður á þessum tíma kvaðst Jón ekki muna til þess að það hafi verið sérstakt athugunarefni þarna umfram aðra tíma, en í svona vinnu sé stöðugt verið að fylgjast með lífsmörkum. Það sé stöðug skráning og eftirlit bæði með púlshraða og blóðþrýstingi og þvagútskilnaði. Þvagútskilnaður sé skráður einu sinni á klukkustund og auðvitað sjáist hvort eitthvað komi í slöngurnar. Hann kvaðst ekki muna eftir að nein sérstök athugasemd hafi verið gerð á þessu tímabili.

Jón kvað verkinn ekki hafa látið undan endurteknum Ketogan gjöfum. Kvað hann erfitt að rifja upp nákvæmlega, frá mínútu til mínútu, hvað gerðist fyrir sjö árum síðan, en þar sem honum hafi fundist þetta tengjast hálsinum, og vissi að Friðrik Páll Jónsson, háls-, nef- og eyrnalæknir, var staddur þarna hafi hann beðið Friðrik Pál um að skoða sjúklinginn og athuga hvort hann sæi einhverja ástæðu fyrir þessu.

Jón kvaðst engan veginn hafa tengt umræddan verk við hjartað. Um hafi verið að ræða langvarandi sjúkdómsástand og hefði stefnandi verið búinn að vera til meðferðar á gjörgæsludeildinni í um það bil viku og verið veikur þar á undan. Hann hafi haft einkenni frá kviðnum allan tímann. Hann hafi verið búinn að vera með mikinn þjóg. Það séu allskonar sárindi sem fylgi því að vera með nálar í sér, þvagleggi o.s.frv. Börn séu auðvitað viðkvæmari en aðrir fyrir því. Daginn á undan hafi verið gerð enduraðgerð þar sem farið var aftur í kviðinn garnaheyfingar virtust vera farnar af stað að nýju. Það sé í rauninni ekkert óeðlilegt við það að fólk fái verki þessu tengda án þess að hægt sé að skilgreina þá nákvæmlega hverju sinni. Hann hafi verið barkaþræddur daginn á undan og þá sé það heldur ekkert óalgengt að erting sé í hálsinum eftir það.

Jón kvaðst ekki hafa leitað sérstaklega að einkennum um eitrun frá lyfjum. Ekkert hafi gefið til kynna að eitrun ætti sér stað og ekkert sem hafi gefið honum tilefni til þess að leita sérstaklega að því. Sjúklingurinn hafi virst vera stöðugur í púlshraða þó að hann væri aukinn. Hann hafi ekki séð að blóðþrýstingur væri marktækt lækkandi. Hann hafði verið breytilegur þar á undan. Þvagútskilnaður á þessum tíma hafi ekki verið mjög frábrugðinn þeim gildum sem áður höfðu verið til staðar sólarhringana á undan. Hann hafi annast sjúklinginn dagana á undan og hafi þá

verið búinn að lesa inn á nótu að hann þyrfti mikla vökvagjöf til að halda uppi þvagútskilnaði. Það hafi svo sem ekki verið mikið breytt á þessu augnabliki. Ekkert sérstakt sem hann hafi getað fest hendur á eða séð. Verkurinn virtist breytast og þróast alveg frá upphafi og eftir því sem á leið fannst honum kvörtunin verða alvarlegri og vegna reynslu sinnar af honum alla helgina þar á undan hafi hann tekið þetta mjög alvarlega þó að hann sæi ekki „objectiv“ einkenni um að hann væri með mikla verki. Púlshraðinn virtist vera stöðugur. Ekkert sláandi hafi verið að gerast hjá honum. Sjúklingurinn hafi ekki verið sérstaklega órólegur eða erfiður til skoðunar eða viðtals. Engin merki hafi verið um þennan verk svona utan frá séð. Hann hafi þurft að eyða töluverðum tíma í að koma því í kring að fá skoðun Friðriks Páls. Hann hafi m.a. þurft að fara inn á skurðstofugang og leita að ljósgjafa þar. Þegar svo Friðrik Páll kom og skoðaði sjúklinginn hafi það gegnið ótrúlega vel, betur en kannski vænta mátti á hjá ellefu ára dreng. Friðrik Páll hafi ekki séð neitt athugasvert og í framhaldi af því hafi legið fyrir að ástæðunnar fyrir umræddum verk væri að leita einhversstaðar annarsstaðar og þá hafi hann strax byrjað að hugsa um lungu eða kvið. Í framhaldinu hafi hann og Guðrún Una Jónsdóttir ákveðið í sameiningu að panta blóðrannsóknir og lungnamyndatöku.

Um kl. 19:00 kvaðst Jón hafa skoðað vökvagjöfina yfir daginn og hafði sjúklingurinn fengið Kabiven 60 ml á klst. Taldi hann að 8 ml hefðu verið skráðir klukkan sjö. Hafi hann þá talið rétt að auka vökvagjöfina.

Drög höfðu verið lögð að fyrrgreindum rannsóknum og kvaðst Jón þá hafa hafið undirbúning að því að gefa honum meiri vökva. Vökvi hafi verið látinn renna frítt í gegnum æðalegg í miðbláæðalegg sem að hann hafði fengið daginn áður. Leggurinn hafi verið staðsettur hægra megin á hálsinum. Hann hafi verið með eina útlæga bláæðanál sem sýndist vera orðin viðkvæm og því eiginlega ónothæf. Þá hafi innrennslishraðinn í gegnum þennan granna central legg verið frekar hægur þannig að hann hafi byrjað að leggja drög að því að setja upp aðra útlæga nál. Samtímis þessu kvaðst Jón hafa skoðað drenginn og reynt að finna út úr því hver ástæða verkjanna væri. Hann hafi verið búinn að þreifa hann og þreifa kviðinn sem hafi auðvitað verið viðkvæmur. Hann hafi talið sig heyra garnahljóð. Þá hafi hann hlustað lungun. Sérstaklega með það í huga hvort þarna væri einhverskonar fleiðruverkur á ferðinni, eða aðrar hugsanlegar orsakir, loftbrjóst taldi hann koma til greina. Minnti hann að hann hefði verið að hugsa um að þetta væru verkir tengdir því að garnirnar væru að komast í gang aftur. Sem sagt hreyfingar garna væru þarna aðalatriðið. Öndun hafi verið frekar hröð, milli 20 og 25 að hann minnti, en þó hafi hún ekki verið þannig að hann ætti í erfiðleikum með öndun eða hann væri tiltakanlega móður. Þá virtist þessi verkur ekki hamla öndun. Engin merki hafi verið um það. Greinilegt hefði verið að þegar hann dró andann versnaði verkurinn.

Stefnandi hafi verið mjög skýr og gefið góðar upplýsingar. Það sé hinsvegar yfirleitt erfitt að túlka kvartanir barna og það hafi ekkert verið öðruvísi hjá honum en hjá öðrum.

Jón bar að móðir stefnanda, sem hafði verið hjá stefnanda á stofunni, hefði farið burt stuttu eftir að Friðrik Páll var búinn að skoða hann. Gefi það kannski best til kynna þetta misræmi sem hann hafi upplifað á því hvernig hann kvartaði og þess sem að hann hafði fyrir augunum. Faðir hans hafi einnig verið þarna inni á stofunni svo og Guðrún Una. Er Guðrún Una fór fram að panta rannsóknir eða sinna öðrum

verkefnum kvaðst Jón hafa reynt að setja bláæðalegg í handlegg en það hafi mistekist. Tók hann fram í því samhengi að þegar hann setji slíkan bláæðalegg þreifi hann alltaf eftir púlsi og gæti þess að setja ekki of mikinn þrýsting þannig að blóðflæðið um útliminn truflist ekki eða stöðvist. Hann kvaðst ekki hafa orðið var við neitt athugavert við þetta verk. Þegar hann hafi verið búinn að gera þessa tilraun, sem hann treysti drengnum til að standast þó að barn væri og væri ekki búinn að fá Emlakrem eða deyfingu á handlegginn. Hann kvaðst hafa lagt í að gera það vegna þess að hann þekkti sjúklinginn frá helginni þar á undan og hafi verið í ágætis sambandi við hann. Þá hafi hann lagt drög að því að setja aðra nál, lengra út á höndina. Kvaðst hann ekki muna hvort það hefði verið í handarbakið eða handlegginn. Í því að hann var að koma nálinni fyrir hafi Guðrún gengið út af stofunni og á sama tíma hafi Arnar kvartað um verk. Jón kvaðst hafa spurt hvernig verk hann væri með af því að hann hefði verið að reyna að grafast fyrir um orsakir eða eðli þessara verkja. Þá hafi Arnar sagst vera með verki út um allt. Síðan hafi hann liðið út af fyrirvaralaust.

Jón kvað stefnanda hafa andað sjálfan, hálf sitjandi í rúminu. Jón kvaðst hafa verið við vinstri hlið drengsins. Hann kvaðst strax hafa gert sér grein fyrir því að hann yrði að tryggja öndunarveginn og hafi valið símanúmer Girish um leið og hann hafi gegnið yfir að hinni hliðinni. Hann hafi tekið fram maska og beðið föður drengsins um að ná í Guðrúnu Unu, ná í hjálp. Svo hafi hann hafið að aðstoða hann við öndunina. Drengurinn hafi andað sjálfur en hann hafi stutt hann. Guðrúnu Una hafi komið og hann hafi strax byrjað að leggja drög að því að framkvæma barkaþræðingu og tryggja öndunarveginn. Þá hafi hann gefið fyrirmæli um að ná í tæki og lyf. Það hafi verið alveg augljóst að hann þyrfti að fá alla þá hjálp sem hægt væri að fá.

Jón kvaðst hafa hringt í Girish Hirlekar, forstöðulækni svæfinga- og gjörgæsludeildarinnar, til þess að fá sérhæfða hjálp eins fljótt og hægt væri. Hann hafi vitað að Girish væri ekki langt frá síma. Hann hafi ekki náð sambandi við hann sjálfur. Hann hafi lagt frá sér símann því að hann hefði ekki getað haldið áfram að bíða eftir að hann svaraði. Síðar hafi hann uppgötvað að það hefði verið Lára sjúkraliði sem tók símann og hélt því verki áfram.

Jón bar að fyrst í stað hefði hann hjálpað drengnum með öndunarbelg og grímu á meðan annað starfsfólk, sem tiltækt var þarna, tók til tæki og lyf og túpu til þess að barkaþræða Arnar. Þegar þeim undirbúningi var lokið hafi ekkert verið annað að gera en að barkaþræða. Þá hafi Girish verið kominn á staðinn og hafi hjálpað til við það. Kvaðst hann hafa talið að ekki væri rétt að ráðast beint í barkaþræðingu þegar drengurinn missti meðvitund af því að hann andaði sjálfur og hann hafi verið smeykur um að það myndi framkalla viðbrögð þannig að hann myndi kúgast og kasta upp magainnihaldi sem að gæti þá valdið verulegum vandræðum við barkaþræðinguna sjálfa. Hann kvaðst þá hafa óttast bæði það að geta ekki komið í hann túpunni og eins að hann myndi verða fyrir ásvelgingu sem geti líka leitt til vandamála og dauða. Þegar drengurinn missti meðvitund hafi öndunin að sjálfsgöðu orðið veikari og blóðþrýstingur lækkað, en hann hafi haldið áfram eigin púls og haft eigin blóðþrýsting.

Spurður um PEA-ástand sem getið er um í gögnum málsins bar Jón að PEA þýði eiginlegt hjartastopp. Þetta sé greining sem sé ekki komin frá honum. Slíkt ástand hafi eiginlega orðið strax eftir barkaþræðingu. Þá hafi hann farið í mjög

hægan hjartslátt og síðan í asystolu, en það sé ekki PEA. PEA sé þegar rafvirkni hjartans haldi áfram en hjartað nái ekki að dæla blóði. Það ástand hafi hann ekki greint.

Spurður að því hvað það hafi tekið langan tíma að barkaþræða og steypa stefnanda kvað Jón erfitt að henda algjörlega reiður á því hvað tímanum líður þegar svona aðstæður koma upp. Hann sé búinn að fara yfir þetta margendurtekið bæði í huganum og líka út frá þeim gögnum sem að voru tiltæk og séu tiltæk. Hann telji að þessi tími sé að algjöru hámarki fimm mínútur.

Um lyfið búpinvakaín bar Jón að það væri eitt af þeim lyfjum sem þeir noti hvað mest. Það sé notað daglega bæði í utanbastsdeyfingar og staðdeyfingar, með einni deyfingu eða sídreypi. Aðspurður kvað hann eitrunaráhrif frá þessu lyfi ekki algeng. Kvaðst hann hafa reynt að grafast fyrir um það, líka eftir að þessi uppákoma varð. Þó að lyfið sé notað gífurlega mikið þá séu eitrunareinkenni ekki algeng og það sé ekki oft sem að maður upplifi þau. Eitrunaráhrifin hafi svipuð og önnur staðdeyfilyf. Það séu fyrst og fremst einkenni frá taugakerfinu sem að maður þurfi að vera vakandi fyrir til að byrja með. Búpinvakaín hafi orð á sér fyrir að vera verra fyrir hjartað heldur en önnur staðdeyfilyf. Hann kvaðst ekki hafa séð nein merki búpinvakaíneitrunar hjá stefnanda. Hann hafi ekki orðið var við nein einkenni frá taugakerfi, taltruflun eða að hann hafi verið órólegur, erfiður að tala við eða sljórrí en hann hefði átt að vera. Hann hafi heldur ekki séð nein merki um þetta á mónitor eða hjartavöktunartæki. Blóðþrýstingur sem var vægt lækkaður á þessum tíma hafði verið vægt lækkaður áður, endurtekið, og hann hafi ekki getað skrifað það á reikning búpinvakaíns án þess að hafa einhver önnur merki um það.

Spurður um hjúkrunarskráningu bar Jón að þær tölur sem þar koma fram hafi verið skrifaðar upp eftir skjánum á vöktunartækinu frammi í sameiginlegu rými gjörgæslunnar, eftir þennan atburð. Hann kvaðst ekki muna nákvæmlega klukkan hvað en það hafi verið gert þarna um kvöldið. Þeir sem hafi horft á þessar tölur hafi skrifað undir skjalið. Kvað Jón tímastillingu vöktunartækisins ekki hafa verið rétta, hún hafi verið sjö til átta mínútum á undan rauntíma borið saman við vaktsíma hans. Ef skoðaðar séu tölurnar sem að séu skráðar 19:30 sjáist að hann er með 110 í púls og 96 yfir 36 í blóðþrýsting, öndun 25 og mynduga og góða mettun, 100%. Þetta sem sé skráð 19:32 ætti að vera rétt um það bil sem að hann missti meðvitund.

Þegar Girish kom á staðinn kvað Jón hann strax hafa hjálpað sér við að barkaþræða sjúklinginn. Hann kvaðst hvorki hafa lesið á vaktsímann né af öðrum tækjum og geti í rauninni ekki sagt nákvæmlega hvenær það var sem hann kom, einhvers staðar á milli fjórum og fimm mínútum eftir að hann missti meðvitund. Þarna hafi sjúklingurinn verið kominn með hægan hjartslátt og hafi hann strax verið lagður. Þá hafi verið búið að tryggja öndunarhæfi og unnt að leggja hann niður í lárétta stöðu. Girish hafi síðan strax hafið hjartahnoð. Jón kvaðst hafa fylgst með hnoðinu og hafi það verið hefðbundið. Fjöldi manns hefði komið að þessu svona eftir því sem náðist að hringja út fólk. Þeir sem komu á staðinn voru bæði deildarlæknar og Girish. Sigurður E. Sigurðsson yfirlæknir gjörgæslunnar hafi komið síðar.

Aðspurður kvað Jón akútbjöllu ekki vera til staðar á stofunni, ekki aðra en þá sem sjúklingar noti til að hringja eftir starfsfólki. Spurður um viðbragðsáætlanir á spítalanum kvað hann akútvagn vera inni á deildinni þar sem að tæki og lyf eigi að vera staðsett svo ekki þurfi að leita að þeim. Það þurfi að ná í þetta borð, eða

þennan vagn, sem að þetta sé fast á. Hann sé á gangi gjörgæslunnar. Svo sé hringt út hjartastoppsteymi ef að ástæða þyki til þess. Hringt sé í fólk sem er tiltækt. Bæði sé hringt í fólk úti í bæ og fólk sem sé statt á spítalanum. Þá séu tiltæk boðtæki sem ræst séu sameiginlega og gefi til kynna akútástand.

Spurður um blóðþrýstingsmæli bar Jón að hann hefði ekki séð að hann væri ranglega staðsettur. Kvað hann hugsanlegt að viðbrögðin hefðu orðið önnur ef mæligildi hefðu verið lægri. Þá hefði væntanlega verið gripið til æðaherpandi lyfja fyrir eða vökvagjöf verið aukin fyrir. Spurður um blóðgjöf kvað Jón blóðgjöf ekki hafa komið til álita áður en stefnandi missti meðvitund enda hafi ekki legið fyrir grunur um blóðtappa eða versnandi blóðrauðagildi.

Spurður að því hvað hefði tekið langan tíma að ná annað hvort í neyðarblóð eða krossprófað blóð bar Jón að erfitt væri að segja til um það nákvæmlega. Það þurfi þá að senda einn starfsmann sérstaklega í það eða að kalla eftir því og allt svona taki tíma. Taldi hann það geta tekið svona tíu mínútur að fá neyðarblóð. Enn lengri tíma taki að fá krossprófað blóð, það þurfi að vera starfsfólk þar líka til þess að gera krossprófunina og afhenda blóðpokana, en deildin sem sjái um þetta sé ekki mönnum allan sólarhringinn og því ekki gefið að starfsfólk hefði verið til staðar á þessum tíma.

Hins vegar hafi verið búið að kalla út meinatækni þarna skömmu á undan.

Um lyfjagjöf bar Jón að hann færi eftir vinnureglum sem fælust í því að tryggja öndun og öndunarveg fyrst. Næst sé hugsað um blóðþrýsting og púls og blóðrásakerfið. Kvaðst hann hafa unnið eftir þessu kerfi og telji sig enn hafa unnið eftir því. Í því samhengi séu skammtastærðir lyfja háðar líkamsstærð og þyngd og gjöf þeirra lyfja sem stefnanda voru gefin hafi verið í samræmi við þær reglur sem að giltu um hana. Um utanbastsdeyfingu bar Jón að fyrir um daginn hefði sjúklingurinn verið tekinn fram úr rúmi tvívegis og það gengið mjög vel. Hann hafi ekki sýnt nein merki um að hann væri dofinn í fótunum eða að hann væri kraftlitill, engin merki um að hann væri óhæfilega deyfður. Um morguninn hafi verið skipt á umbúðum á utanbastdeyfingunni án þess að neinar sérstakar athugasemdir væru gerðar við það. Kvaðst hann ekki hafa skoðað þetta sérstaklega þ.e.a.s, umbúðir og legginn á þessum tíma, hafi ekki talið ástæðu til þess. Útbreiðsluna hafi hann skoðað óbeint með því að þegar að hann var að þreifa sjúklinginn og skoða kviðinn hafi hann greinilega verið aumari efst, í efri hluta kviðar. Hann hafi hreyft útlími sjálfur þannig að skoðunin var óbeint fyrst og fremst. Engin sérstök skoðun hafi farið fram á staðsetningu nálar í utanbastsdeyfingu, þ.e. hvort hún gæti hafa farið í æð eða hvernig deyfingin dreifðist. Kvað hann það yfirleitt vera þannig þegar að utanbastdeyfingu er beitt sé hún kjarninn í verkjameðferðinni. Hún beinist gjarnan að ákveðnum líkamshlutum. Í þessu tilviki hafi hún fyrst og fremst beinst að einkennum frá kvið. Arnar hafi virst vera með garnahreyfingar og einkenni frá kviðarholi sem voru að mestu leyti frá efri hluta kviðarholsins þannig að áður hafi verið búið að gera því skóna að verkjadeyfingin væri ekki nægileg í efri hluta kviðar. Alvanalegt sé að nota þá önnur verkjalyf samhliða til þess að ná tilætluðum árangri eða markmiðum umverkjastillingu. Þá dragi það úr notkun annarra lyfja samtímis. Þetta sé gjarnan notað saman.

Í framburði Jóns kom fram að lækkaður blóðþrýstingur og minnkaður þvagútskilnaður hafi verið til staðar en engin merki um að eitthvað sérstakt væri að

gerast í tengslum við hjartað. Þessi blóðþrýstingslækkun og minnkandi þvagútskilnaður hafi komið fram endurtekið áður og hann hefði verið vakandi yfir þessu alla helgina þarna á undan og vissi að hann þurfti töluvert mikla vökvagjöf til að halda þvagútskilnaði í gangi. Vökvagjöf hafi ekki verið sérstaklega mikil. Hann hafi fengið 60 ml. þarna yfir daginn og svo um klukkan 19:00 hafi vökvagjöf verið aukin. Leggurinn hafi verið grannur og runnið hægt um hann. Sjúklingurinn hafi ekki fengið neitt voðalega mikinn vökva í gegnum þá leið. Það hafi verið ástæðan fyrir því að hann vildi setja í hann útlæga nál.

Spurður um skráningu magns af adrenalíni á hjartastoppsskráningu, þ.e. 0,1-0,2 mg. kvað Jón þetta ekki vera í samræmi við það sem venjan sé að gera í endurlífgun þannig að þetta hljóti að vera rangt.

Spurður að því hvenær dreypi búpívakaíns hefði verið stöðvað kvað hann það hafa verið svona á miðri leið í endurlífguninni.

Spurður um það hvenær hjartahnoð hefði hafist kvað Jón það hafa verið strax eftir að Arnar var barkapræddur. Þá hafi stefnandi verið lagður niður og Girish Hirlekar hóf hjartahnoðið. Hann kvaðst hafa barkaprætt um leið og hann áleit að tryggd væri að gera það. Taldi hann að ef hann hefði ráðist í að reyna að barkapræða áður en að lyfin voru tiltæk hefði það getað valdið uppköstum eða því að sjúklingurinn hefði kúgast. Þá hefði verið mikil hætta á að hann hefði misst algjörlega yfirsýninga yfir öndunarveginn og misst algjörlega vald á stöðunni. Líka af því að hann sé svæfingalæknir og að það hafi verið gjörgæsluhjúkrunarfræðingur sem var með honum þarna sem ekki sé svæfingarhjúkrunarfræðingur. Það sé ákveðin munur á þjálfun þessara tveggja hópa.

Spurður um það hvort hann hafi litið svo á að hann gæti gefið stefnanda nægilegt súrefni með því að anda fyrir hann á maska kvað Jón það hafa gengið ágætlega. Fyrst með honum sjálfum en síðan eftir því sem á þetta leið hafi öndunin orðið veikari og blóðþrýstingur hafi væntanlega fallið um leið. En staðan hafi verið alveg ljós. Það hafi þurft að barkapræða sjúklinginn og tryggja öndunarveginn fyrst. Það hafi verið aðalatriðið í þessu. Þá hafi hann verið búin að gefa fyrirmæli um að ná í öll önnur lyf og hjálp sem hægt var að kalla fram.

Spurður að því hvort hann hafi, vegna lækkandi blóðþrýstings, hugleitt að gefa vasoaktív lyf, eins og adrenalín eða epínefrín, meðan beðið var eftir hjálp kvaðst Jón hafa verið búinn að gefa fyrirmæli um að fá öll þessi lyf á staðinn, en kannski hafi bara verið of fáar hendur til þess að koma þessu öllu í kring. Það geti verið liður í þessu líka. Allir hafi verið uppteknir við að hlaupa eftir hinu eða þessu. Jón staðfesti að hringt hefði verið á endurlífgunarteymi í þessu ferli. Hann kvaðst ekki geta tímastíllt það nákvæmlega. Hann hafi síðar fengið upplýsingar um að Lára sjúkraliði hafi skipt þar öllu máli og hafi í rauninni hrint þessu öllu meira og minna í framkvæmd, en hinir starfsmennirnir þ.e.a.s. þessir tveir hjúkrunarfræðingar sem að voru þarna hafi verið með hendurnar fullar alveg eins og hann sjálfur.

Guðrún Una hjúkrunarfræðingur bar fyrir dómi að hún hefði verið á vakt 11. nóvember 2007. Hún hefði orðið vör við breytingu á líðan stefnanda er hann fór

að kvarta um þessa verki. Hefði það verðið um fimmleytið. Hafi verkirnir komið í kjölfar þess að verið var að snúa honum frá hlið yfir á bak. Hann hafi lýst þeim sem verkjum í hálsi eða upp í háls. Hann hafi ekki verið með slíka verki áður svo hún vissi til.

Guðrún Una bar að hún hefði í kjölfarið gefið honum verkjalyf. Hann hafi sagt að þetta væru verstu verkir sem hefði fengið síðan hann kom á deildina og gerði þetta hana órólega því hann hafi verið mjög harður af sér. Hann hafi kvartað sáran og gefið þessum verkjum 8 til 9 stig á skalanum 10. Hún kveðst hafa gefið honum verkjalyfið Ketogan. Hann hafi verið að fá 1 mg á morgunvaktinni og eins daginn áður þannig að hún hafi haldið sig við þann skammt en það hafi slegið lítið á þennan verk. Hún kveðst síðan hafa farið og rætt við Jón en hann hafi verið mjög upptekinn á annarri stofu að sinna öðrum sjúklingum. Hann hafi svarað þannig til að hún skyldi halda áfram að gefa honum verkjalyf og hann myndi síðan koma og líta á hann sem hann hafi gert. Kvað hún Arnar ekki hafa losnað við þennan verk upp í hálsinn þótt hann hefði fengið samtals 4mg af Ketogan í æð á tveimur tímum.

Hún kvað Jón hafa spurt stefnanda út í verkina. Hann hafi verið að velta því fyrir sér hvort þetta gæti verið út af magaslöngu sem hann var með. Hún kvaðst ekki muna hversu nákvæm skoðunin var. Fylgst hafi verið með blóðþrýstingi og þvag sé tæmt á klukkutíma fresti og svo hafi verið fylgst með þess á milli. Á þessum tíma hafi blóðþrýstingur verið í lagi, kannski eilítið lækkandi en ekki til að hafa áhyggjur af. Ekki hafi verið mikil breyting á hjartslætti.

Eftir skoðun Friðriks Páls hafi verið haldið áfram að vinna í þessu. Verkirnir hafi enn verið til staðar og blóðþrýstingur orðinn aðeins lægri. Hún kvaðst hafa spurt hvort ekki ætti að fá meinafræðing í húsið til þess að mæla blóðgas og aðrar prufur. Eins að fá röntgenlækni í húsið til að fá lungnamynd. Hún hafi farið út úr stofunni til þess að kalla þessa einstaklinga út. Þeir hafi ekki verið í húsinu. Þá hafi faðir Arnars komið hlaupandi fram og sagt að Jón þyrfti hjálp. Er hún kom aftur inn hafi henni verið sagt að drengurinn væri hættur að anda. Hún hafi þá hlaupið fram og sótt bráðavagninn sem var frammi á gangi, stutt frá. Hún hafi kallað til Írisi hjúkrunarfræðing sem var með henni á vakt og hafi hún tekið til lyf sem voru ekki í bráðavagninum. Lyfin hafi því komið fljótt inn á stofuna. Hún hafi séð að Arnar hafi verið með finan hjartslátt en lágur í blóðþrýstingi. Hún kvaðst þá hafa viljað leggja hann niður en Jón hafi talið hættu á ásvelgingu í hans ástandi og vildi hafa hann svolítið uppi sitjandi. Hún hafi farið að undirbúa barkapræðingu og m.a. tæmt magainnihald úr magaslöngu og aðstoðað Jón. Tímamörkin séu erfið, það sé eins og tíminn líði svo hægt við slíkar aðstæður. Sjúkraliði sem var frammi á gangi hafi hringt í Girish. Um það leyti sem þau voru að fara að barkapræða hann og eru búnir að gefa honum þau lyf sem þarf að gefa fyrir barkapræðingu hafi Girish komið inn úr dyrunum. Það hafi verið þá sem hjartsláttur Arnars hafi farið hratt niður, tveimur mínútum áður. Þá hafi hann verið kominn í eiginlegt hjartastopp þótt meðvitundarleysið hafi orðið nokkru áður. Hjartsláttur hafi verið 120 en kominn niður í 60 þarna. Hana minni að Girish hafi gengið beint að Arnari og farið að hnoða hann. Á þessum tíma hafi verið búið að kalla út hjartasopp og þá hafi drifið að fólk úr öllum áttum. Margir hafi komið að þessu. Spurð að því hvernig hjarthnoðið hafi farið fram kvaðst hún ekki muna það. Hún hafi ekki skráð það en telji að hnoðþrýstingur hafi verið til staðar. Þegar verið sé að hnoða komi blóðþrýstingur á skjá en hún kvaðst ekki teysta sér til þess að tjá sig um gæði hnoðsins eða á hvaða hraða það var.

Spurð um skráningu hjartastopps og hvort PEA-ástand hafi verið komið áður en barkapræðing var gerð kvað hún það ekki hafa verið. Hún verði að taka á sig þá sök að hafa ranglega útfyllt blaðið. Hún muni mjög óljóst eftir því hvenær þetta blað var fyllt út. Hún viti að það hafi ekki verið gert meðan á endurlífgun stóð, það sé gert eftir á. Að líkindum hafi það verið gert í lok vaktarinnar þarna um nóttina eða hugsanlega morguninn eftir og líklega hefðu hjúkrunarfræðingarnir sest niður og reynt að fylla þetta út samkvæmt bestu vitund en það sé ranglega útfyllt og hún verði að taka það á sig því þetta sé sín skrift og undirskrift. Það sem sé rangt í því sé að hún hafi hugsað upphafspunkt blaðsins frá þeim tíma sem meðvitundarleysið hófst. Spurð að því hvort liðið hafi 13 mínútur frá því að meðvitundarleysi hófst og þar til hann var barkapræddur kvað hún það vera ónákvæma tímasetningu. Hún muni ekki eftir að hafa fyllt þetta blað út en af einhverjum ástæðum hafi hún ákveðið að reyna að fylla það út þarna á eftir á sem kannski hafi verið rangt því þá verði það mjög ónákvæmt. Allavega passi það ekki við hennar upplifum og þá skýrslu sem hún hafi gert síðar.

Spurð um magn adrenalíns sem þar kemur fram bar hún að svo virðist sem hann hafi fengið 0,1 til 0,2 mg í einu í nokkur skipti og hafi þá í allt fengið 1,5 mg., en reyndar muni hún það ekki.

Spurð um athugasemd í skýrslu hennar um þann skammt af búpinvakaíni sem Arnar fékk bar Guðrún Una að þetta hefði verið í fyrsta skipti sem hún hafi hugsað um barn sem var með svona deyfingu og hafi hún furðað sig á því að börnum væri gefinn sami skammtur og fullorðnum.

Girish Hirlekar bar fyrir dómi að hann hefði farið á stofugang um morguninn 11. nóvember 2004 og komið á gjörgæsludeildina um kl. 16.00 þegar hann var að fara heim. Þá hafi stefnandi legið á hægri hliðinni og verið í góðu standi, stöðugur í lífsmörkum. Móðir hans hafi setið við hlið hans og þau verið að horfa á videó. Hann hafi verið hitalaus og verið ágætlega verkjastilltur en hafi verið að fá smá pílur í epigastrium sem sé rétt neðan við bringubein. Hann hafi verið með búbblandi verki og kvaðst Girish hafi gefið móður stefnanda þá skýringu að sennilega væri þarmurinn eitthvað að hreyfa sig. Eitthvað að komast í gang. Annars hafi ekki verið neinir verkir og hafði gengið vel að taka hann fram úr rúminu og gera öndunaræfingar. Samkvæmt skráningu hafi hann fengið verki þarna vinstra megin kvöldinu áður og hafði fengið auka bolus, auka skammt af deyfingu og samtímis líka Ketogan. Síðan hafi hann sofnað.

Girish bar að um sjöleytið hefði verið hringt í sig u.þ.b. 21 mínútu yfir sjö. Hann hafi talað við Láru sjúkraliða. Hún hafi sagt sér að ástand Arnars væri að versna og beðið sig að koma strax. Hann hafi keyrt á spítalann og farið beint upp á gjörgæslu. Hann kvaðst hafa séð að þar var mikið paník ástand. Arnar hafi verið meðvitundarlaus. Hann hafi verið með marmarablæ og Jón verið að blása í hann. Faðir Arnars hafi staðið í einu horninu en hann kvaðst ekki muna hvar Guðrún var. Púls Arnars hefði verið svona rétt um fimmtíu og súrefnismettun var ekki að sjá á skjánum. Ekkert hafi verið athugavert við hjartalínurit. Púlshraði var lágur og fór lækkandi. Hann kvaðst hafa beðið um að Arnari væri gefið atropín og það hefði verið gert. Á sama tíma hafi Jón verið að barkapræða. Strax eftir barkapræðinguna

hafi hjartað stöðvast og farið í asystolu eða rafleysu. Þegar búið var að barkaþræða hafi Jón stjórnað lyfjagjöfinni. Fyrst var gefið adrenalín 0,5 mg og síðan endurtekið. Þá hafi strax verið byrjað að hnoða. Þegar hann kom og sá hvernig ástandið var hafi hann strax látið kalla Sigurð út og við hjartastoppið hafi komið lækna af öðrum deildum spítalans. Þegar þeir voru mættir hafi strax verið byrjað að hnoða. Um leið og hann hafi beðið um að Arnari væri gefið atropín hafi hann sjálfur byrjað að hnoða.

Um hjartastoppsskráningu sagði Girish að hann teldi hana ekki rétta því að það hefði verið hnoðað um 100 sinnum á mínútu. Ekki séu allar skráningar mónitorsins marktækar að hans mati. Ástæðuna taldi hann vera svo miklar truflanir þar sem hnoðað hafi verið á sama stað og elektróðurnar voru. Það sé talsvert mikil hreyfing á snúrunum og rúmið hristist svo mikið. Það séu allar þessar hreyfingar sem að mónitorinn taki upp og skilgreini og sé það ekki fullkomlega marktækt.

Girish kvaðst vera vanur að hnoða og telur að vel hafi verið staðið að hjartahnoðinu.

Spurður um það hvort komið hefði verið upp PEA-ástand þegar hann kom kvað hann það ekki vera. Það hafi ekki komið upp fyrr en í lok endurlífgunar. Girish kvaðst ekki hafa komið að samningu hjartastoppsskráningar. Hann kvaðst fyrst hafa séð skráninguna fyrir nokkrum vikum.

Spurður að því hvort hugað hefði verið að þyngd drengsins þegar ákvörðun var tekin um gjöf úpivakaíns kvað hann það hafa verið gert. Þá hafi verið vel fylgst með því hvernig deyfingin hefði tekist. Verkjastilling hafi verið góð fram til klukkan 16:30. Girish bar að ákvörðun hefði verið tekin um að bíða með að gefa blóð. Kvað hann unnt að fá neyðarblóð á innan við 10 mínútum en að fá krossprófað blóð taki 30-45 mínútur.

Girish kvað engar skráðar reglur um hjartastoppsskráningu en viðkomandi hjúkrunarfræðingur og lækna eigi að skrifa þar undir. Hann kvaðst ekki hafa komið að þessari skráningu.

Aðspurður nánar um hjartahnoðið kvaðst hann álíta að hjartahnoðið hefði verið rétt framkvæmt og tíðnin ca 100 mínútur. Þá kvað hann hafa verið stefnt að því að ná blóðþrýstingnum upp í ca áttatíu, í efri mörkum og það hafi náðst. Aðspurður um hjúkrunarskráningu á dskj. nr. 39 þar sem m.a. komi fram að púls hafi verið ca 50, taldi hann að þetta væru tölur sem ekki væri hægt að byggja á þar sem mónitorinn sé stilltur þannig að hann taki upp upplýsingar á fimmtán mínútna fresti, þannig að skráning sé fyrst 19:15, síðan komi 19:30, síðan 19:45, síðan 20:00 og svo 20:15 og þar á milli sé þegar komi einhver sérstök gildi.

Girish bar að honum fyndust bóðþrýstingsmælingarnar vera lágar í þessari skráningu og taldi það vera vegna þess að Arnar var hálfvitjandi í dágóðan tíma þegar háls- og eyrnaskoðun fór fram og svo þar á eftir. Þegar búið var að barkaþræða hafi hann hins vegar legið flatur. Hann hafi legið flatur þegar mónitorinn nam þessar umræddu tölur sem komi fram á blaðinu. Slagæðaþrýstingurinn 6 mínútur yfir 20:00 sem er skráður sé 278/275 bendi til að það hafi verið svona einhverskonar knekkur á nálinni. Spurður að því hvort þessar blóðþrýstingstölur sem voru skráðar meðan verið var að hnoða, frá 52 og niður í

33, séu áreiðanlegar eða ekki kvaðst hann ekki geta sagt um það. Eftir að byrjað var að hnoða kvað hann þrýsting hafa verið meiri en komi fram á skjalinu. Þeir hafi hins vegar engar tölur til að sanna það.

Spurður að því hvað hann telji að hafi leitt til annars vegar öndunarstoppsins og hins vegar hjartastoppsins kvaðst hann ekki hafa fullkomna skýringu á því. Það virðist sem staðan hafi eitthvað breyst eftir klukkan 16:30 eftir að hann fór heim. Þegar þessir hálsverkirnir byrjuðu og verkirnir, sem voru af mjög sérstökum toga sem hann hafði ekki upplifað áður, og voru nýkomnir. Það hafi ekki verið neinn aðdragandi að þessu hjartastoppi annar en sá að Arnar varð meðvitundarlaus þegar var verið að setja upp nál þangað til hann var klár. Hann hafi sagt að honum liði illa, svo hafi hann misst meðvitund. Það hafi engin merki um búpinvakaíneitrun komið fram og þess vegna viti hann ekki hvað nákvæmlega gerðist.

Sigurður E. Sigurðsson yfirlæknir gjörgæsludeildar bar fyrir dómi að hann hefði verið á vakt á gjörgæsludeild um morguninn 11. nóvember 2004. Hann bar að blóðprufur hefðu þá legið fyrir sem hann hefði skoðað. Hann hefði velt því fyrir sér hvort þeir ættu að gefa honum blóð. Hann hafi verið stöðugur í öllum lífsmörkum og með góða súrefnismettun og var á batavegi og honum var ekki að blæða neins staðar þannig að það var beðið með það að sinni. Það þótti ekki bæta ástand hans neitt þá.

Sigurður bar að Arnar hefði verið með deyfingu sem hafi verið stillt á ákveðið magn sem þeir hafi haldið áfram með. Hann kveðst hafa farið og skoðað sjúklinginn fyrst um morguninn á stofugangi ásamt Vali Þór og verið að reyna að leggja mat á það hversu vel deyfingin virkaði. Á skurðsvæðinu, og yfir næsta hluta kviðarholsins, virtist vera þökkaleg deyfing, þ.e. verkjastilling. Hann hafi ekki virst vera dofinn eða máttlaus í fótunum. Hann hafi kvartað svolítið yfir verkjum í efsta hluta kviðarholsins. Hann kvaðst hafa metið það þannig að ef þetta væri það ofarlega í kviðnum þá næði deyfingin ekki þangað upp. Það hafi passað við staðsetningu deyfingarleggsins að svo væri. Síðan hafi hann farið af sjúkrahúsinu.

Hann kvaðst hafa komið við á sjúkrahúsinu um fjögurleytið og þá hafi ástandið verið svona svipað og það hafði verið um morguninn. Eftir það hafi hann farið heim. Síðan hafi verið hringt í hann og tilkynnt að það væri verið að barkaþræða Arnar og hann beðinn að koma strax. Þegar hann kom hafi Girish verið kominn. Búið hafi verið að barkaþræða og var verið að hjartahnoða hann. Arnar hafi virst vera bæði í hjarta- og öndunarstoppi þegar hann kom. Einstaka útslag hafi verið á hjartaafritunum sem hafi verið erfitt að meta. Hann hafi verið með bláma á húð á efri hluta líkamans.

Spurður um tíðni hjartahnoðs bar Sigurður að eftir að hann kom hafi hann fljótlega farið að hnoða og þeir hafi skipst á að hnoða. Kvaðst hann hafa gert þetta býsna oft og þeir hafi hnoðað á þeirri tíðni sem er mælt með, svona í kringum 100 hnoð á mínútu. Af því að hann var með slagæðarnál hafi þeir getað fylgst með og séð útslögin á því og þannig séð hver blóðþrýstingurinn var. Hann kvaðst muna eftir því að hafa sagt við Girish að það væri gott að geta fylgst með þessu þá sæi maður að maður væri að hnoða á effektívan hátt. Kvaðst hann ekki sammála því að

Það hafi ekki verið rétt tíðni eða að hnoðið hafi ekki haft áhrif.

Sigurður kvað deyfingu hafa verið lagða deginum áður þegar hann fór í aðgerðina og þegar hann hafi metið hann um morguninn hafi hann talið deyfinguna í lagi fyrir utan þennan efsta hluta. Hann hafi ekki séð tilgang með því að auka deyfinguna eða breyta henni, þetta hafi þá frekar verið spurning um leguna á deyfingarleggnum heldur en magnið á deyfingunni.

Sigurður kvað hægt að kalla út hjartastoppsteymi ef hjartatopp verði. Þeir séu í litlu samfélagi þarna og lækarnir viti hver af öðrum og fljótlegt að kalla þá til. Sérhæft starfsfólk sé á staðnum sem sé vant að takast á við slík mál.

Eftir að endurlífgun var lokið hafi verið tekin ómskoðum af hjartanu og sneiðmynd af lungum. Þeir hafi haldið fund eftir þetta þar sem menn fóru yfir málin.

Hann kvað ekki hafa komið til tals að varðveita pokann sem geymdi staðdeyfingu. Það hafi ekki verið það mikið magn af Ketogan sem Arnar hafi verið að fá yfir daginn að þeir hefðu farið út að kanna það.

Um orsök hjartastoppsins bar Sigurður að ekki væri að finna neina áþreifanlega skýringu á því, um samverkandi þætti væri að ræða. Búþvakain gæti hafa spilað einhverja rullu en þeir viti það hreinlega ekki. Á þessum tíma hafi ekki verið talið svo og finnist honum það frekar ólíklegt. Áhrif á miðtaugakerfi komi á undan áhrifum á hjarta og æðakerfi ef um sé að ræða eitranir af völdum þessara efna og séu með öðrum hætti.

Kvað Sigurður verklag á útfyllingu á endurlífgunarskýrslum yfirleitt vera þannig að einn fái það hlutverk að skrá niður tölur og þau lyf sem eru gefin. Kvaðst hann ekki muna eftir að hafa séð endurlífgunarskýrsluna.

Eins og rakið hefur verið er það niðurstaða landlæknis að allt bendi til að margir samverkandi þættir hafi átt þátt í því hve illa fór í þessu umrædda tilviki. Í álitsgerð hans er getið svæsinna vaso-vagal áhrifa, lífhimnubólgu, sýklasóttar, vökvaskorts og loks áhrifa deyfingar utan bast. Sjúkdómsgangurinn hafði verið erfiður og flókinn, brugðist hafi verið við breytingum á sjúkdómsgangi og skyndilegum atburðum eftir bestu þekkingu.

Matsgerð hinna dómkvöddu matsmanna er mjög ítarleg og er niðurstaða þeirra að sú meðferð er stefnandi hlaut hafi ekki verið fullnægjandi í hvívetna. Er niðurstaða þeirra að búþvakaíneitrun sé líkleg orsök hjarta- og öndunarstopps og að gjöf ópíóð verkjalyfja gæti hafa ýtt undir með því að stuðla að öndunarbælingu. Þá hafi viðbrögð við meðvitundarleysi, öndunarstoppi og lækkandi blóðþrýstingi verið of hæg. Reyna hefði átt gjöf naloxóns og gefa hefði átt æðaherþandi lyf. Þá hafi liðið 13 mínútur frá því að sjúklingur missti meðvitund og varð púlslaus þar til barkaþræðing var gerð og honum komið í liggjandi stöðu. Framkvæmd hjartahnoðs virðist hafa verið ábótavant með tíðni um 50/mínútu í stað 100/mínútu. Telja matsmenn að ófullnægjandi meðferð í aðdraganda hjartastopps og of hægt hjartahnoð geti skýrt að hluta þá örorku er sjúklingur varð fyrir.

Fram er komið að hinn 11. nóvember töldu læknafræðingar sem að meðferð stefnanda komu að ástand hans væri batnandi. Ástand hans fór hins vegar hrakandi er leið á daginn. Samkvæmt framburði Girish Hirlekar svæfingalæknis var stefnandi með „bubblandi“ verki um morguninn. Samkvæmt framburði Guðrúnar Unu hjúkrunarfræðings fór stefnandi að kvarta um mikla verki um fimmleytið þennan dag. Kvað hún verkina hafa komið í kjölfar þess að verið var að snúa stefnanda frá hlið yfir á bak. Er verknum lýst sem sárum verk upp í háls vinstra megin sem komi aðallega við innöndun. Í greinargerð Guðrúnar Unu vegna rannsóknar landlæknis segir að stefnandi hafi lýst verknum þannig að þetta væri versti verkur sem hann hefði fengið og gaf honum 8-9 stig á VAS verkjakvarða sem er svæsinn verkur.

Samkvæmt framburði Jóns Steingrímssonar svæfingalæknis kom hann á vakt um fimmleytið. Kvað hann mikið annríki hafa verið á deildinni og hafi hann verið upptekinn við verkefni á annarri stofu. Í greinargerð hans kemur fram að þar sem stefnandi hefði verið meðhöndlaður með utanbastsdeyfingu hafi hann talið rétt að meðhöndla þessa verki með verkjalyfinu Ketogan. Hann hafi skoðað í munn og háls sjúklingsins stuttu fyrir kl. 18.00 en ekki fundið neina augljósa skýringu og hafi þá haft samband við Friðrik Pál háls-nef og eyrnalækni.

Fyrir liggur að skoðun Friðriks Páls leiddi ekki í ljós orsök umræddra verkja í hálsi stefnanda. Í greinargerð Jóns Steingrímssonar til landlæknis kemur fram að fyrir síðari aðgerð hafi stefnandi verið haldinn verkjum frá öxl sem talið var að ættu upptök sín í fríu lofti undir þind. Þetta hafi verið stutt með geislagreiningu á kvið sem hafi sýnt áberandi garnaömun og frítt loft í kviðarholi laugardaginn 6. nóvember. Með þetta í huga hafi honum fundist, eftir skoðun Friðriks Páls, að um áþekk einkenni væri að ræða og skýringu þessarar kvörtunar væri að leita í sjúkdómi sjúklingsins, þ.e. kviðarholi eða tengt deginum áður, helst nýjum eða þrálátum garnaöndum, garnaheyfingum eða öðrum ógreindum fylgikvilla aðgerðar eða sjúkdóms. Hafi hann því ákveðið að fá nýja röntgenmynd af lungum og hafi ráðgert að fá teknar blóðprufur og mæld blóðgös. Hafi starfsfólk verið komið að sjúkrastofu til þess að taka sýni og framkvæma rannsóknir. Við hlustun hafi heyrst greinileg „garnahljóð“ um miðjan ofanverðan kvið. Arnar hafi kveinkað sér undan þessari skoðun þrátt fyrir utanbastsdeyfinguna og töluverð eymsli hafi verið við þreifingu og hlustun kviðar í samræmi við sjúkdómsgang. Ekkert sérstakt hafi verið að heyra við lungnahlustun, öndun hafi verið grunn og hraðari en eðlilegt gat talist en við öðru hafi ekki verið að búast þar sem hann hafi verið með uppþembdan kvið og verki við innöndun. Eftir tilkomu og með þróun verkja í hálsi hafi þvagútskilnaður farið minnkandi. Þvagútskilnaður hafi verið viðunandi fyrir um daginn en breytilegur þó. Hann hafi einnig talið að Arnar þyrfti meiri vökvagjöf á þessu stigi málsins. Þrátt fyrir það hafi hann ekki orðið þess áskynja að ástand Arnars væri óstöðugt hvað blóðþrýsting og hjartslátt varðaði. Hafi hann reynt uppsetningu Venflon af stærð 1.0 í tvígang í vinstri handlegg rétt fyrir kl. 19.25 í þeim tilgangi að koma meiri vökva í sjúklinginn. Ástæða þess hafi verið að „útlæg bláæðanál“, Venflon 1.0, sem hafi verið fyrir í hægri hendi Arnars hafi verið illa nothæf vegna eymsla við notkun hennar og CVK leggur hafi ekki nægt einn og sér. Guðrún Una hafi sett upp NaCl 1000 ml poka og látið renna óhindrað í VVK samkvæmt fyrirmælum hans milli kl. 18.30 og 19.00 samhliða Kabiven næringu, 60 ml/klst. Honum hafi ekki þótt ráðlegt að nota yfirþrýsting á grannan CVK legg. Rétt í því að hafi reynt í annað sinn að koma nýrri Venflon í vinstri handlegg Arnars hafi hann kvartað um „verki út um allt“, öndun hafi orðið hæg og sjúklingurinn

orðið fjarlægð uns hann missti meðvitund. Þetta hafi gerst hratt og án sérstaks fyrirvara.

Í matsgerð dómkvaddra matsmanna segir um viðbrögð við versnandi ástandi að full ástæða hefði verið til að leita skýringa á þessum slæma verk. Þá segir jafnframt: „Einnig verður að segja að hér var um óvenjuleg einkenni að ræða og engin augljós skýring á þeim. Þegar svo er þarf að hugsa „vitt“, hafa opinn huga og hugleiða margar sjúkdómsgreiningar og skýringar, einnig þær sem eru óvenjulegar. Matsmenn eru ekki sammála þeirri greiningu vakthafandi lækni að tengja verkina við barkapræðingu deginum áður eða legu magasondu sem Arnar hafði haft í marga daga en slíkt skýrir ekki þessi „bubblandi“ ónot eða svo svæsna og skyndilega verki. Þá er ólíklegt að svo slæmir verkir komi þegar garnir eru að komast í gang. Þá voru verkirnir viðvarandi og svöruðu illa meðferð með aukaskömmtum utanbasts og cetóbemíðni.

Þær sjúkdómsgreiningar sem koma upp í hugann eru lungnarek, rof á görn, blóðþurrð í görn, loftbrjóst, innvortis blæðing, verkur frá hjarta eða gollurshúsi, rof á vélinda og jafnvel fleira. Þá hefði átt að leiða hugann að utanbastsdeyfingunni og fylgikvillum sem alltaf geta komið upp í tengslum við slíka meðferð, t.d. getur blæðing utanbasts gefið slíka verki. Vissulega eru þetta allt skýringar sem eru langsóttar hjá ungum dreng en hins vegar var verkurinn óvenjulegur og sjúkdómsgangurinn hafði verið erfiður og sérstakur og hafa ber í huga að margt óvænt getur komið upp á hjá gjörgæslusjúklingi. Sneiðmyndarannsókn sem gerð var eftir hjartastoppið sýndi allmikla vökvamyndun í brjóstholi. Slík vökvamyndun er algeng hjá gjörgæslusjúklingum og skýrist oftast af mikilli vökvagjöf og jákvæðu vökvajafnvægi, sýklasótt og sjúkdómi í lungum eða kviðarholi. Ólíklegt er



að miklir verkir fylgi slíkri vökvasköfnun.

Frá því að verkir urðu verulega slæmir kl. 17 og þar til Arnar fór í hjartastopp liðu a.m.k. 2 klst. og 15 mínútur. Á þeim tíma voru ekki gerðar neinar rannsóknir nema klínísk skoðun háls-, nef- og eyrnalækni (kl. 19) og klínísk skoðun vaktlækni á munni, koki, og kvið auk þess sem lungu voru hlustuð. Ástæða hefði verið til að taka fyrir röntgenmynd af lungum, blóðgös, helstu blóðprufur, ECG og kanna hvort í lagi væri með utanbastsdeyfingu. Þá hefði átt að gera ráðstafanir til að fá bráða tölvusneiðmynd af brjóst- og kviðarholi og hugsanlega ómskoðun af hjarta. Vissulega tekur alltaf tíma að hugleiða málin og að átta sig á breyttu ástandi sjúklings en þegar svo blóðþrýstingur fór lækkandi og þvagútskilnaður hratt minnkandi kl. 18 hefði verið ástæða til að ganga vasklegar fram við greiningu á ástandi Arnars. Vaktlæknir mat að Arnar gæti þurft aukinn vökva og var vökvagjöf hafin en það er sjálfsgöð ráðstöfun í stöðu sem þessari, ekki síst þar sem vökvaskortur er ein algengasta orsök lækkandi blóðþrýstings. Hins vegar er ólíklegt að vökvaskortur hafi verið mjög mikill þar sem þvagútskilnaður hafði verið viðunandi um daginn eða 1025 ml frá kl. 06 til 17 (að jafnaði 93 ml/klst eða u.þ.b. 2 ml/kg/klst). Samkvæmt sólarhringsblaði (dskj. 18) var blóðþrýstingur 95/45 kl. 17.30 og var sá þrýstingur líklega ofmetinn um 7-14 mmHg (sjá hér fyrir neðan). Blóðþrýstingur var því <90 mmHg sem er skilgreint sem lágþrýstingur (hypotension) hjá börnum eldri en 10 ára.

Þar sem Arnar hafði lágt blóðgildi, Hb 73 g/l, þegar um morguninn, hefði átt að gefa honum blóð þegar blóðþrýstingur fór að lækka og þvagútskilnaður að minnka seinna um daginn. Vissulega eru aukaverkanir blóðgjafa margar en flestar sjaldgæfar og þegar klínískt ástand fer versnandi vegur mun þyngra að bæta súrefnisflutning og blóðþrýsting (lágt blóðgildi minnkar seigju blóðs, víkkar æðar og getur stuðlað að lágum blóðþrýstingi). Færa má rök bæði með og á móti því að blóð væri gefið þá um morguninn. Hinsvegar hefði verið eðlilegt að eiga krossprófað blóð tiltækt í sjúkling með svo lágt blóðgildi og sem hafði gengið í gegn um tvær aðgerðir og flókin veikindi, en svo var ekki. Þá var ástæða til að hugleiða innvortis blæðingu þegar svo blóðþrýstingur fór að lækka þannig að ástæða var til að endurmæla blóðgildi. Blóð var ekki gefið fyrr en kl. 22:30 og mældist blóðgildi þá afar lágt eða 62 g/l.

Þá er slæmt að blóðþrýstingsmælingar hafi að líkindum ekki verið réttar þar sem þrýstinemi var of neðarlega og mæligildi því að líkindum hærra en raungildi eins og fram kemur í dskj. 48: „Það kann að vera að slagæðarþrýstimælingin í hálf-sitjandi stöðu hafi sýnt of hátt gildi vegna þess að þrýstineminn var 10-20 cm fyrir neðan hjartastað.“ Hér virðist því blóðþrýstingslækkun Arnars vanmetin um 7-14 mmHg. Hefði skráning blóðþrýstings verið rétt hefði hugsanlega verið gengið harðar fram í greiningu og meðferð Arnars.“

Fyrir liggur að þegar Arnar missti meðvitund var hafin öndunaraðstoð með belg og andlitsmaska en hann var þá hálf-sitjandi í rafdrifnu sjúkrarúmi. Lyf til vöðvaslökunar, svæfingar og endurlífgunar voru ekki tilbúin til tafalausrar notkunar. Fannst Jóni Steingrímssyni ekki ráðlegt að reyna barkaþræðingu án lyfja þar sem Arnar andaði samhliða veittri öndunarhjálp í fyrstu. Þá fannst honum áhættusamt að leggja hann strax í lárétta stöðu þar sem hann hafi haft áhyggjur af því að sjúklingurinn myndi kasta upp magainnihaldi sem þá gæti valdið verulegum vandræðum við barkaþræðinguna. Í greinargerð Jóns segir að nauðsynleg lyf til barkaþræðingar hafi verið dregin upp og síðan lyf til endurlífgunar. Guðrún Una hafi dregið talsvert magn lofts og 30 til 40 ml fljótandi innihalds úr magaslöngu samkvæmt hans fyrirmælum. Rétt á eftir hafi Girish komið á gjörgæsludeild og hafi öndunarvegur Arnars verið tryggður með barkaþræðingu og hann lagður í lárétta stöðu og síðan hafi Girish hafið hjartahnoð þar sem sjúklingur hafi þá verið kominn með hægán hjartslátt og lágán blóðþrýsting. Hjartsláttur Arnars hafi stöðvast í kjölfarið.

Í umfjöllun matsmanna um meðferð öndunar- og hjartastopps segir m.a. að um kl. 19.25 hafi drengurinn misst meðvitund en mikið sé um það rætt í gögnum málsins hve nákvæmar tímasetningar séu erfiðar. Í greinargerð Guðrúnar Unu segi að drengurinn hafi hætt að anda og að svæfingalæknir hafi andað fyrir hann með belg og maska sem séu að sjálfsögðu rétt fyrstu viðbrögð. Vaktlæknir hafi haldið áfram



að anda fyrir sjúkling á maska í margar mínútur sem talið var geta verið allt frá 5 mínútum til 15 mínútna samkvæmt gögnum málsins, en mikið fari fyrir umræðu um nákvæmar tímasetningar þar sem það flækti málin að klukkum á vaktara og síma vaktlæknis bar ekki saman.

Hjartastoppsskráning tók ekki mið af því nákvæmlega hvað klukkan var er þetta gerðist heldur sé tími hjartastopps settur sem „0 mín. frá byrjun“. Skýrslan sé undirrituð af Guðrúnu Unu Jónsdóttur hjúkrunarfræðingi. Þessi skýrsla verði að teljast áreiðanlegasta heimildin varðandi tímasetningar. Þar komi fram að barkaþræðing var gerð 13 mínútum eftir að staðfest var blóðþrýstingsleysi (rafvirkni án dæluvirkni - „pulsless electrical activity“ eða PEA) og að atrópín var gefið 12 mínútum eftir að blóðþrýstingsleysi var staðfest. Þannig hafi verið andað fyrir Arnar á maska í 13 mínútur og engin lyf gefin fyrstu 12 mínúturnar. Þá hafi hann verið hafður í uppréttri stöðu þessar fyrstu 13 mínútur. Þessi dráttur sé gagnrýniverður.

Í greinargerð vaktlæknis Jóns Steingrímssonar segi „Lyf til vöðvaslökunar, svæfingar og endurlífgunar voru ekki tilbúin til tafarlausrar notkunar“. Í greinargerð Guðrúnar Unu segi hins vegar frá að hjúkrunarfræðingar komu þegar með akútvagn og akútyfjabox, drógu upp helstu bráðalyf og virtist það ganga hratt fyrir sig. Því sé óljóst hvað vaktlæknir eigi við með ofangreindri setningu. Á flestum gjörgæsludeildum sé unnið eins og lýst sé í greinargerðinni, þ.e. lyf séu höfð skammt undan og því hægt að taka þau til á örskömmum tíma, einni mínútu eða svo.

Þá segir í matsgerðinni: „Svæfingalæknirinn kaus að bíða með barkaþræðingu og bar m.a. við hættu á ásvelgingu. Hinsvegar er getið að fljótt hafi gengið að söga innihald úr maga í gegnum magaslöngu. Matsmenn álíta að svæfingalæknirinn hefði átt að barkaþræða eins fljótt og auðið var þegar drengurinn hélt áfram að vera meðvitundarlaus, súrefnismettun var ekki mælanleg og blóðþrýstingur var lækandi. Þá mátti vera ljóst að eitthvað mikið amaði að. Það er nefnilega óumdeilt að rétt staðsett barkarena með belg er besta vörnin gegn ásvelgingu og um leið öruggari leið til að anda fyrir sjúkling. Þá bindur það ekki hendur og athygli svæfingalæknis á sama hátt og maskaöndun þannig að hann hefði getað einbeitt sér að öðru því sem þurfti að gera.

Þá hefði einnig átt að leggja sjúklinginn flatan fyrr en gagnrýnivert er að meðhöndla sjúkling með svo lágan blóðþrýsting í uppisítjandi stöðu þar sem slíkt minnkar blóðflæði til heilans enn frekar. Svo virðist sem drengurinn hafi því verið í hálfuppisítjandi stöðu í umtalsverðan tíma eða 13 mínútur samkvæmt skýrslunni „Hjartastopp-skráning“ þar sem hann var ekki lagður flatur fyrr en barkaþræðing hafði farið fram.

Sjálfsagt hefði verið að prófa gjöf naloxóns sem er mótefni gegn cetóbebidoni (og fentanýli) ef ske kynni að gjöf ópíóíð lyfja hefði átt þátt í því að sjúklingurinn missti meðvitund og fór að anda verr. Þar var engu að tapa. Þá hefði sömuleiðis átt að gefa skammta (bólusa) af æðaherpanði lyfjum þegar blóðþrýstingur fór að lækka, t.d. efedrín, neosýnefrín, noradrenalín eða jafnvel lágskammta adrenalín og síðan hugsanlega að setja upp sídreypi því um leið og drengurinn missti meðvitund var blóðþrýstingur „60-70 systolískt“ (dskj. 47) (líklega ofmetið, sbr. áður). Ekki er



fyllilega ljóst hvenær púlsleysi varð en samkvæmt „Hjartastopp-skráning“ 13 mín. áður en barkaþræðing var gerð. Gefa hefði átt adrenalín/hefja hjartahnoð um leið og sjúklingurinn varð púlslaus (PEA)13 en hér virðist það ekki hafa verið gert fyrr en rafleysa (asystole) var orðin (dskj. 48). Meðferðin hefði átt að geta gengið hraðar

fyrir sig; 12 mínútur frá blóðrásarstöðvun þar til lyfjagjöf hófst og 13 mínútur þar til sjúklingur var barkahræddur og lagður útaf eru hvorutveggja of langur tími og sérstaklega að teknu tilliti til þess að sjúklingur var til meðferðar á gjörgæsludeild.

Í málgögnum er talsvert rætt um tíðni hjartahnoðs. Ekki hefði verið ósennilegt að púlsskráning á meðan á endurlífgun stóð væri ónákvæm en GH segir hinsvegar í greinargerð sinni „Hinsvegar eru púls og púlsoximælingar að öllum líkindum réttar“ (dskj. 48) og í sama dómskjali er tiltekið í töflu að púlstölur 62, 56, 48 í endurlífgun endurspegli hnoðpúls; samtímis er hnoðþrýstingur lágur 40, 33 og 35 mmHg í slagbili. Þá er hvergi borið á móti að hjarthnoð hafi verið of hægt. Það er gagnrýnivert og ekki í samræmi við alþjóðlegar leiðbeiningar að hjartahnoða barn um 50 sinnum á mínútu en mælt er með að tíðni hjartahnoðs sé 100/mínútu.“

Eins og áður segir fullyrtu lækarnir Girish Hirlekar og Sigurður E. Sigurðsson sem hjartahnoðuðu Arnar að tíðni hnoðsins hefði verið um 100 hnoð á mínútu. Þá bar Guðrún Una, eins og áður er rakið, að hjartastoppsskráningarblaðið hefði verið ranglega útfyllt að því er varðar PEA og tímasetningu frá því að meðvitundarleysi hófst og þar til drengurinn var barkaþræddur. Hún hafi hugsað upphafspunkt blaðsins frá þeim tíma að meðvitundarleysi hófst.

Eins og rakið hefur verið byggir stefnandi á því í stefnu að ranglega hafi verið staðið að vökvagjöf, skömmtun lyfja hafi ekki verið með eðlilegum hætti, ekki hafi verið nægilega fylgst með blóðþrýstingi og að röng viðbrögð hafi verið sýnd við öndunarstoppi og að ekki hafi verið réttilega staðið að endurlífgun. Þá er á því byggt að skipulag, vinnuferli, gæðastjórnunarferli og verklag hafi ekki verið fullnægjandi.

Það er álit dómsins að þegar sjúklingur er með mikla sýkingu, eins og stefnandi var með, verða háráðar lekar og vökvu lekur út úr blóðrásarkerfinu. Safnar sjúklingurinn því óhjákvæmilega á sig bjúg og þarf yfirleitt að gefa mikinn vökva til þess að viðhalda viðunandi þvagútskilnaði. Verður að telja að hið mikla vökvamagn sem stefnandi fékk í sjúkralegunni hafi verið nauðsynlegt. Dómurinn er sammála dómkvöddum matsmönnum að því er þetta varðar og telur að ekki sé hægt að setja út á þennan hluta meðferðarinnar.

Blóðgildi stefnanda var lágt um morguninn 11. nóvember en meðvituð ákvörðun hafði þá verið tekin, í samræmi við viðurkenndar leiðbeiningar, um að gefa ekki blóð enda ástand hans talið stöðugt og batnandi. Telst það ekki ámælisvert. Eigi að síður telst ábending fyrir blóðgjöf hafa skapast síðar þegar blóðþrýstingur féll og ástand stefnanda versnaði. Óheppilegt er að ekki hafi verið til krossað blóð handa honum í blóðskáp. Hins vegar hefði átt að vera hægt að gefa stefnanda neyðarblóð þegar blóðþrýstingurinn fór lækkandi. Hefði það væntanlega hækkað hjá honum blóðþrýsting. Einnig hefði blóðgjöf minnkað líkur á heilaskemmdum þegar hann fór í hjartastopp þar sem hærra gildi blóðrauða hefði aukið súrefnisflutningsgetu blóðs til vefja.

Þegar of mikill vökvu er gefinn getur álag á hjarta aukist. Í sýklasótt lekur mikið af vökvunum út úr æðakerfinu og inn í millivefinn („interstitium“ eða „3rd space“ eins og það er stundum kallað) og því getur vökvapörf inn í æðakerfið verið mikil þótt

vökvajafnvægi sé jákvætt um stundum marga lítra. Börn þola vökvahleðslu býsna vel. Hið háa blóðgildi búpivakaíns gefur þó tilefni til gruns um að eituráhrifa á hjarta hafi verið farið að gæta með minnkaðri dæluvirkni og þar af leiðandi öndunarerfiðleikum. Á sama tíma var stefnandi að fá cetóbemídón en virðist ekki hafa verið slævður eða öndunarbældur fram að meðvitundarmissi. Því er erfitt að staðhæfa eða útiloka áhrif búpivakaíns og cetóbemídóns á hjarta og öndun. Ennfremur sýndi hjartaómun skömmu eftir hjartastoppið góðan samdrátt hjartavöðva þrátt fyrir þá enn eflaust of há blóðgild búpivakaíns. Þá voru engin merki um stasa á lunguæðum, þ.e. hjartabilunareinkennum, á sneiðmynd. Það mælir fremur á móti teljandi eituráhrifum búpivacains á hjarta en helstu einkennum eitrunar eru hjartsláttartruflanir og minnkaður samdráttarkraftur hjartavöðvans sem leiðir til skerðingar á dæluvirkni og hjartabilunar.

Þegar sjúklingur kvartaði um svæsna verki upp í háls, tengda öndun, var fyrsta ákvörðun sú að leita eftir áliti háls- nef- og eyrnalæknis. Miðað við atburði eins og þeim er lýst í sjúkraskrá var í sjálfu sér ekki mjög líklegt að verkur stafaði frá koksvæði. Ástæða hefði verið til þess að gera frekari rannsóknir á brjóstholi og kviðarholi, en eins og fram kom síðar leiddu þær rannsóknir ekki til skýringar á verknum og sú skýring liggur ekki fyrir í dag. Undirbúningur að rannsóknum sem að þessu beindust var hafin fyrir hjartastoppið. Í ljósi fyrri sögu og ástands sjúklings sem var með sýklasótt úr kviðnum og hafði nýlega undirgengist enduraðgerð vegna rofs á görn hefðu viðbrögð þurft að vera sneggri og vasklegar gengið fram við að reyna að finna orsök á að því er virðist svæsnum verk (eins og rof á görn, lungnasegareki, loftblóðreki eða öðru). Leitt hefur verið að því líkum að um tilfærðan verk hafi verið að ræða frá hjarta, af völdum búpivakaíns. Erfitt er að fullyrða um hvort svo hafi verið eða ekki, en full ástæða hefði verið að taka hjartalínurit til að kanna það. Hins vegar er óvíst að þessar rannsóknir hafi komið í veg fyrir að drengurinn færi í hjartastopp með hinum hörmulegu afleiðingum.

Búpivakaín getur valdið eituráhrifum á hjarta eins og áður segir, hægum hjartslætti, lækkandi blóðþrýstingi, minnkaðri dæluvirkni, hægatakti og örsjaldan hjartastoppi. Eituráhrif á hjarta koma þó yfirleitt á eftir eituráhrifum á heila, en það er þó ekki algilt. Stefnandi hafði kvartað um höfuðverk en var ekki með önnur einkenni frá miðtaugakerfi svo vitað sé, en hins vegar kemur hvergi fram að hann hafi verið sérstaklega spurður út í önnur einkenni. Utanbastsmeðferð með búpivakaín er sjaldan beitt hjá börnum en er eigi síður vel þekkt og viðurkennd meðferð og því ekki hægt að segja að frábending hafi verið fyrir lyfjagiðfinni. Skammtur búpivakaíns var innan viðmiðunarmarkna. Blóðgildi þess mældist hins vegar hátt, langt ofan viðmiðunargilda. Klínísk einkenni drengsins voru ekki dæmigerð fyrir eitrunaráhrif lyfsins, þó að eftir á meg heimfæra viss einkenni eins og t.d. verki (verkur frá hjarta tilfærður eða með leiðni upp í háls), blóðþrýstingsfall, hægatakt og öndunarerfiðleika til eitrunaráhrifa þess. Á hinn bóginn var endurkoma eðlilegs, kröftugs hjartsláttar í ósamræmi við eituráhrif lyfsins. Búpivakaín getur aftur á móti hafa dregið úr taugaviðbrögðum við lágum blóðþrýstingi (sympaticus blokk). Dómurinn telur að ekki sé unnt að sanna eða afsanna hlut búpivakaíns í hjartstoppinu né að meðferðaraðilar hafi sýnt af sér stórfellt gáleysi í meðferðinni að þessu leyti.

Gjöf cetóbemídóns er viðurkennd hjá börnum. Ekki er hægt að gagnrýna þá skammta sem stefnandi fékk í æð, 0,5 - 1 mg, enda var hann um 35-40 kg þegar þetta var og venjulegur skammtur fullorðinna er 2,5 – 5 mg í æð. Þá var hann

tengdur verkjalyfjadælu og gat skammtað sér sjálfur cetóbemídón aukalega. Ekki er vitað hve mikið af lyfinu hann skammtaði sér sjálfur. Þekkt er að lyfið getur hlaðist upp og öndunarslævandi áhrif lyfsins komið fram nokkuð skyndilega. Þó voru einkenni stefnanda alls ekki dæmigerð fyrir öndunarstopp af völdum cetóbemídóns eða skyldra lyfja. Aðdragandinn er venjulega nokkur með slævingu meðvitundar og hægari öndun rétt fyrir öndunarstoppið. Stefnandi hafði hins vegar verið í uppnámi og andað hratt fram að nokkuð skyndilegu meðvitundarleysi. Því er ekki hægt að staðhæfa að gáleysi hafi verið sýnt í gjöf cetóbemídóns. Hins vegar hefði verið viðeigandi að reyna naloxónmeðferð mætti hún verða að einhverju gagni. Það breytir þó ekki því að fyrstu viðbrögð hefðu átt að vera að tryggja opinn öndunarveg og anda fyrir sjúklinginn.

Eins og fram hefur komið var í fyrstu leitast við að veita stefnanda öndunaraðstoð

með belg og maska og samkvæmt vitnisburði svæfinga- og gjörgæslulæknisins sem var viðstaddur taldi hann ekki ráðlegt að reyna barkaþræðingu strax þar sem stefnandi andaði sjálfur samhliða öndunarhjálpinni. Auk þess þótti honum áhættusamt að leggja stefnanda í lárétta stöðu af áhyggjum af að honum svelgdist á magainnihaldi. Læknirinn lét strax kalla á frekari aðstoð, en kallaði ekki út hjartastoppsteymið strax. Barkaþræðing var síðan gerð strax og fleiri læknar komu á vettvang. Um leið stöðvaðist hjarta alveg. Beitt var öllum tiltækum endurlífgunaraðferðum, en þrátt fyrir það tókst endurlífgun ekki fyrir en eftir 15-20 mín. Á svona stundu eru tímasetningar erfiðar og skráning atburða ekki sem skyldi enda menn uppteknir við annað. Á staðinn komu auk svæfinga- og gjörgæslulæknis og gjörgæsluhjúkrunarfræðinga sem fyrir voru tveir aðrir svæfinga- og gjörgæslulæknar, hjartalæknir, lyflæknir, skurðlæknir, deildarlæknar og hjúkrunarfræðingar.

Það er álit dómsins að hér hafi viðbrögð verið of sein.

Í málinu liggur fyrir endurlífgunarskýrsla eða hjartastoppsskráning. Er ráð fyrir því gert að læknir og hjúkrunarfræðingur fylli skýrsluna út og undirriti. Skýrslan er undirrituð af Guðrúnu Unu hjúkrunarfræðingi en enginn læknir hefur undirritað hana. Fyrir dómi mundi Guðrún Una óljóst eftir því hvenær og hvernig skýrslan var útfyllt. Þegar virt er að um meiriháttar atvik á gjörgæsludeild var að ræða verður að telja það ámælisvert að ekki var hirt um að fylla skýrsluna út með fullnægjandi hætti. Um samtímaskráningu er að ræða sem ekki verður hjá komist að leggja til grundvallar í málinu enda hefur stefndi ekki sýnt fram á það með ótvíræðum hætti að skráningin eigi ekki við rök að styðjast.

Af hjartastoppsskráningu má ráða að allt að 13 mínútna töf hafi orðið á réttri meðferð. Kemur það heim og saman við röð atvika eins og þeim var lýst fyrir dómi og áður er rakið. Það er álit dómsins að ekki sé réttlætjanlegt að halda sjúklingi hálfuppisítjandi með svo mikinn lágþrýsting og öndunarstopp í svo langan tíma af ótta við álsvelgingu. Reyndur svæfingarlæknir á að geta unnið sig úr þessari stöðu með réttri tækni og snöggum handtökum, þ.e. að tæma magann í gegnum magaslöngu, setja sjúkling í flata stöðu, veita cricoid þrýsting og gera svo kallaða „rapid sequence“ innleiðingu og barkaþræða innan örfárra mínútna (1-3 mín). Við það að hafa sjúkling uppisítjandi og ómeðhöndlaðan í þessu ástandi (blóðrásarbilun / lostástand - þar sem súrefnisflutningur til vefja er ófullnægjandi vegna ónógrar dæluvirkni og lágþrýstings) er hætt við að súrefnisskortur til vefja aukist enn, ekki

síðast upp til heila. Girish Hirlekar lýsti því fyrir dómi að þegar hann kom á staðinn hafi stefnandi verið „marmoriseraður“, það er fögur, kaldur og bláleitur, sem er merki um langt gengna truflun á blóðrás og sést við djúpt lost eða jafnvel algert hjartastopp. Þessi töf varð án efa til þess að stefnandi súrnaði og varð fyrir súrefnisskortri til vefja og leiddi mjög líklega til þess að hann fór að lokum í algert hjartastopp og kann því að hafa valdið þeim heilaskemmdum sem hann varð fyrir. Þá voru engin æðaherpanði lyf gefin fyrr en eftir barkaþræðingu. Gefa hefði átt adrenalín eða önnur æðaherpanði lyf þegar blóðþrýstingur fór fallandi þrátt fyrir aukna vökvagjöf og þegar ljóst var að hjartsláttur varð of hægur. Slíkt hik í meðferð öndunarvegjar og blóðrásar telst handvömm og felur í sér stórfellt gáleysi af hálfu þeirra er meðhöndluðu stefnanda, ekki síst þar sem um er að ræða sérþjálfað starfsfólk á gjörgæsludeild.

Sú staðreynd að akútbjalla var ekki til staðar við gjörgæslustæðin, og sérstakt endurlífgunarteymi var ekki til staðar sem vakthafandi lækningar gat treyst á kann einnig að hafa átt þátt í því hvernig fór.

Samkvæmt endurlífgunarskýrslunni voru adrenalínskammtar sem stefnanda voru gefnir aðeins 0,1 - 0,2 mg. Samkvæmt alþjóðlegum leiðbeiningum á adrenalínskammtur í hjartastoppi að vera 0,01 mg/kg líkamspunga. Því hefði stefnandi átt að fá um 0,4 mg af adrenalíni í hverjum skammti. Þykir dóminum því sýnt að stefnandi hafi fengið of lága skammta af adrenalíni sem getur hafa átt þátt í því hversu lengi það tók að fá til baka hjartslátt og púls.

Af framlagðri hjúkrunarskráningu verður ráðið að hnoðpúls hafi verið 62,56 og 48 meðan á endurlífgun stóð. Í matsgerð segir að ekki sé ósennilegt að sú púlskráning sé ónákvæm. Þá hafa þeir lækningar er að hjartahnoði komu neitað því að hjartahnoðið hafi verið með þessum hætti og borið við truflun í skráningu. Þeir fullyrtu fyrir dómi að hnoðað hefði verið á tíðninni 100 á mínútu. Í skýrslu Girish Hirlekar til landlæknis eru tölurnar úr hjúkrunarskráningu hins vegar teknar upp athugasemdalaust auk þess sem segir jafnframt í skýrslunni að púls- og púlsximælingar séu að öllum líkindum réttar. Í ljósi þessa misræmis þykir verða að leggja sönnunarbyrðina á stefnda um þetta atriði. Þar sem ekki er við nein gögn að styðjast um að skráningartæki hafi ekki skráð rétt þær upplýsingar er koma fram á hjúkrunarskráningu og ekki þykir sýnt fram á af hálfu stefnda að önnur atriði hafi haft áhrif á skráninguna verður á henni byggt í málinu. Telst því ósannað að réttilega hafi verið staðið að hjartahnoðinu. Hafa líkur verið að því leiddar að mistök við hjartahnoð hafi einnig átt þátt í því tjóni sem stefandi varð fyrir

Þegar virt er það sem fram hefur komið í málinu er það niðurstaða dómsins að starfsfólk FSA hafi við meðhöndlun á stefnanda hinn 11. nóvember 2004 sýnt af sér stórkostlegt gáleysi sem olli stefnanda líkamstjóni sem bótaskyld er af hálfu stefnda.

Stefnandi krefst í máli þessu skaðabóta að fjárhæð 33.994.618 krónur að frádreginni innborgun frá Tryggingastofnun ríkisins (sjúklingatryggingu) að fjárhæð 7.451.720 krónur sem greidd var hinn 29. ágúst 2007.

Samkvæmt álitgerð örorkunefndar var varanlegur miski stefnanda metinn 100% hinn 4. desember 2007 og varanleg örorka 100%. Stöðugleikapunktur var

talinn vera 1. júní 2007.

Krafa stefnanda um þjáningabætur reiknast frá 11. nóvember 2004 til 1. júní 2007 eða í 933 daga. Miðað við að þjáningabætur fyrir rúmliggjandi nemi 2.190 krónum á dag nemur þessi krafa 2.043.270 krónum. Ekki þykja efni til að lækka þennan kröfulið með hliðsjón af lokamálslið 1. mgr. 3. gr. skaðabótalaga nr. 50/1993 og er fallist á þessa kröfu stefnanda.

Kröfu stefnanda um bætur fyrir varanlegan miska að fjárhæð 6.736.000 er ekki andmælt af hálfu stefnda en andmælt er kröfu hans um 50% álag á grundvelli 3. mgr. 4. gr. skaðabótalaga en þar segir að þegar sérstaklega standi á sé heimilt að ákveða hærri bætur, allt að 50% hærri en samkvæmt töflunni í 2. mgr. greinarinnar.

Fyrir liggur samkvæmt gögnum málsins að stefnanda var haldið sofandi í öndunarvél í 5 sólarhringa eftir hjartastoppið 11. nóvember 2004. Þegar hann var vakinn kom í ljós að hann hafði hlotið verulegan heilaskaða. Hann er með skerðingu á heyrn og sjón og hefur nær engin tjáskipti við umhverfið, er verulega spastískur og bundinn við hjólastól. Fallast má á með stefnanda að hann hafi verið sviptur flestum þeim lífsgæðum sem venjulegt fólk getur notið auk þess sem hann er háður öðrum um aðstoð við helstu athafnir dagslegs lífs. Í ljósi þessa þykja full efni til að beita þeirri heimild sem veitt er samkvæmt 3. mgr. 4. gr. skaðabótalaganna og er fallist á kröfu stefnanda um 50% álag á bætur vegna varanlegs miska. Er krafa hans um 50% álag á miskabætur að fjárhæð 3.368.000 krónur tekin til greina.

Tölulegur ágreiningur er ekki um útreikning kröfu vegna varanlegar örorku, sem nemur, að teknu tilliti til frádráttar vegna eingreiðsluverðmætis, 13.847.348 krónum.

Stefnandi krefst miskabóta á grundvelli 26. gr. skaðabótalaga að fjárhæð 8.000.000 króna. Fyrir liggur, sbr. það sem áður er rakið, að stefnandi hlaut gífurlegt líkamstjón vegna stórfellds gáleysis af hálfu starfsmanna FSA sem hafði með afdrifaríku hætti í för með sér röskun á stöðu hans og högum. Ber því að fallast á kröfu stefnanda um miskabætur. Í ljósi ungs aldurs stefnanda og allra aðstæðna hans þykja miskabætur á grundvelli 26. gr. skaðabótalaga hæfilega ákveðnar 5.000.000 króna.

Samkvæmt framansögðu ber stefnda að greiða stefnanda skaðabætur að fjárhæð 30.994.618 krónur. Vextir dæmast eins og greinir í dómsorði.

Með hliðsjón af aðild málsins og því að stefnandi hefur gjafsókn í máli þessu verður málskostnaður felldur niður.

Gjafsóknarkostnaður stefnanda, þ.e. þóknun lögmanns hans, Einars Gauts Steingrímssonar hrl., 2.500.000 krónur, og útlagður kostnaður, 1.955.400 krónur, eða samtals 4.455.400 krónur, greiðist úr ríkissjóði. Við ákvörðun málflutningsþóknunar er ekki tekið tillit til virðisaukaskatts.

Dóminn kvað upp Kristjana Jónsdóttir héraðsdómari ásamt meðdómendum Elisabetu Benedíksz, sérfræðingi í lyflækningum, gjörgæslu- og bráðalækningum og Þórði Þórkelssyni, sérfræðingi í gjörgæslulækningum nýbura og eldri barna.

D Ó M S O R Ð

Stefndi, íslenska ríkið, greiði stefnanda, Arnari Þór Stefánssyni, 30.994.618 krónur með 4,5% ársvöxtum samkvæmt 16. gr. laga nr. 50/1993 af 17.147.270 krónum frá 11. nóvember 2004 til 1. júní 2007 en af 30.994.618 krónum frá þeim degi til 16. febrúar 2008, en með dráttarvöxtum samkvæmt 1. mgr. 6. gr. laga nr. 38/2001 frá þeim degi til greiðsludags, allt að frádreginni innborgun að fjárhæð 7.451.720 krónur.

Málkostnaður fellur niður.

Gjafsóknarkostnaður stefnanda, þ.e. þóknun lögmanns hans, Einars Gauts Steingrímssonar hrl., 2.500.000 krónur, og útlagður kostnaður, 1.955.400 krónur, eða samtals 4.455.400 krónur, greiðist úr ríkissjóði.

Kristjana Jónsdóttir

Elísabet Benedikz

Þórður Þórkelsson