

Česká lékařská komora
Čestná rada ČLK
Lékařská 291/2
150 00 Praha 5 - Motol

Stěžovatel:



V [redacted] dne 25. 3. 2018

Věc: Odvolání proti rozhodnutí revizní komise OS ČLK ve věci stížnosti ident. č.: [redacted] proti MUDr. [redacted], ident. č.: [redacted] proti MUDr. [redacted] a ident. č.: [redacted] proti lékařům Kardiologického oddělení Nemocnice [redacted]

Vážená Čestná rado,

v zákonné lhůtě se odvolávám proti rozhodnutí revizní komise OS ČLK, a to především proto, že nebyly posuzujícími lékaři zhodnoceny všechny rozhodné skutečnosti zdravotnické dokumentace. Dále bych ráda poukázala na údaje nesprávné, vznesla námitky k tvrzením, pro něž neexistuje ve zdravotnické dokumentaci důkaz a naopak přiložila důkazy ke svým tvrzením.

Stížnost jsem podávala proti panu MUDr. [redacted], nikoliv MUDr. [redacted], jak uvádí OS ČLK v hlavičce svého Rozhodnutí (str. 1/8)

1. K vyjádření paní MUDr. [redacted] a k rozhodnutí OS ČLK (str. 3/8 a 7/8) vznáším tyto námitky:

Souhlasím s paní MUDr. [redacted], že jsem konkrétně s ní nikdy maminky zdravotní stav nekonzultovala (informoval mne vždy maminky manžel - pan Jaromír Jindra), nicméně mohu uvést příklady, kdy jsem se snažila namísto této lékařky mamince zajistit to, na co měla jako pacient právo nebo to, v čem si lékařka nebyla jista:

- a/ při osobní konzultaci s revizní lékařkou VZP jsem osobně projednala možnost navýšení limitu na stomické pomůcky pro maminku
- b/ při osobní konzultaci s revizní lékařkou VZP jsem osobně projednala možnost převozu maminky sanitou do nespádové nemocnice ÚVN Praha na operaci střeva, resp. požádala jsem revizní lékařku VZP, aby paní MUDr. [redacted] o splnění obou podmínek převozu sanitou informovala, stejně tak o možnosti navýšení limitu pro stomické pomůcky
- c/ zkonzultovala jsem možnost užití Torecanu ve formě čípku, a to při osobní schůzce s operátérem panem MUDr. [redacted] - opět na základě informace od maminky muže, že si lékařka není jista

Tvrzení paní MUDr. [redacted] či i tvrzení maminky muže - pana Jaromíra Jindry, zůstávají pouhými tvrzeními, kdy se logicky posuzující lékař přiklání k vyjádření lékařky a já jako stěžovatel ke sdělení svých blízkých. Záznam ani výpis přijatých telefonických hovorů (bez soudního příkazu a navíc po uplynutí tříměsíční lhůty pro archivaci) nelze zpětně získat. Osobní schůzku s paní MUDr. [redacted] jsem nesjednávala ani neiniciovala, v kontaktu s ní byl pouze maminky manžel, jak již výše uvedeno a také nás z plánované schůzky údajně sám telefonicky omluvil. Taktéž nelze doložit, takže pokud došlo k nějakému "komunikačnímu šumu" a zbytečnému prodloužení ordinační hodiny, lékařce se za nás oba dodatečně omlouvám.

O zaslaném emailu panem Jindrou jsem nevěděla a citace z něj mne překvapila, i když chápu, že v důsledku psychického vypětí dva dny po úmrtí ženy chtěl poděkovat za přešlou péči a i věřím, že vzájemné vztahy s lékařkou byly dosud dobré. Nicméně situaci tohoto nešťastného dne – 30. 12. 2015 – maminky manžel hodnotil tak, jak jsem později popsala ve stížnosti, s jejímž podáním souhlasil. Maminka mi tehdy řekla, že jí paní doktorka moc zklamala, že nechtěla vůbec přijít, ačkoliv ji během telefonátu žádali několikrát.

Odkazování pacientů praktickým lékařem na volání RZS namísto jejich návštěvy u pacienta jsem později telefonicky konzultovala s paní předsedkyní revizní komise ČLK – MUDr. Janou Vedralovou, která se vyjádřila v tom smyslu, že bohužel praktičtí lékaři služby RZS často zneužívají, aniž by pacienta sami vyšetřili, že si tak ulehčují práci. Z mého pohledu je nevhodné a i situaci nepřiměřené, aby blízký pacientky – v tomto případě maminky invalidní manžel – musel opustit nemocnou a jít k praktickému lékaři pro žádanku na sanitu, protože lékařka se přijít (byť po pracovní době) nechystá.

Vyšetření po telefonu a konstatování, že pacientka je bez dušnosti a jedná se skutečně o kruté bolesti pravého ramene, nikoliv krutou bolest v oblasti klíčku a podklíčku (na stenokardie se lékařka neptala), jež do ramene pouze vystřelují, **zůstává pro mne** – bez ohledu na všechna posouzení kolegy lékaři a události, jež následovaly – **nepřijatelné**. Zvláště pak s přihlédnutím ke skutečnosti, že praktický lékař zná svého chronicky nemocného pacienta mnohem lépe, než lékař Traumatologické ambulance indikující v několika málo minutách času RTG hrudníku. Při vyšetření by lékařka bývala mohla (na rozdíl od specialisty) zaznamenat onen diametrální rozdíl v reakci maminky na bolest v oblasti hrudníku (do ramene pouze vystřelujících), která se podstatně lišila od reakce na bolesti způsobené bloknutou páteří či nataženým svalem, jež maminka (i lékařka u maminky) tak důvěrně znala. Pojala by snáze podezření např. na počínající infarkt myokardu a odeslala pacientku na Kardiologické oddělení s možností natočení EKG záznamu či provedení UTZ srdce nebo alespoň na oddělení interní pro přetrvávající hyperglykemie namísto Traumatologické ambulance. Infarkt myokardu se nemusí projevit pouze bolestí levé části hrudníku, ale i pravé nebo se dokonce objevují bolesti mimo retrosternální lokalitu – sama jsem viděla několik přednášek na toto téma. Rentgen hrudníku či ramene (ani pouhé fyzikální vyšetření bez biochemie a EKG vyšetření) nemohou IM spolehlivě vyloučit.

V jeho počátcích nemusí být dokonce přítomny ani všechny ostatní symptomy, přičemž naopak „krutá“ bolest může svědčit pro vážnější problém.

S ohledem na obsah smluv uzavíraných mezi zdravotní pojišťovnou a praktickým lékařem (kdy je PL obvykle povinován vykonat návštěvní službu k imobilnímu pacientovi i nad rámec svých ordinčních hodin) **se nedomnívám, že by má stížnost byla neopodstatněná** nebo přinejmenším, že by se výše uvedené nemělo stát předmětem úvahy, jaký může mít tento postup lékaře pro pacienta v konečném důsledku fatální dopad.

2. Postup lege artis/non lege artis - Traumatologická ambulance Nemocnice [REDAKCE]

a/ k vyjádření se pana MUDr. [REDAKCE] vznáším tyto námítky (str. 4/8):

Pan MUDr. [REDAKCE] nesprávně uvádí, že pacientka – má maminka – byla bez teplot. **Teplota nebyla záchrannou službou ani lékařem v Traumatologické ambulanci měřena** (žádný údaj o naměřené teplotě se ve zdravotnické dokumentaci nenachází) a výrok se navíc ani nezakládá na pravdě, což dokládá např. Příjmová zpráva z JIP Kardiologické ambulance ze dne 1. 1. 2016, kde lékařka zapsala 1-2 týdny trvající sub-febrilie. Pan MUDr. [REDAKCE] dále uvádí pouze TK naměřený v ambulanci, ale **opomíjí záznam záchranné služby** (která mu pacientku předávala) **s významně vysokou hodnotou krevního tlaku hraničícího s hypertenzní krizí – 200/95 a dále záznam o TF 99, která se blížila tachykardii**. Pokles TK na 165/70 a TF na 91 v ambulanci nelze považovat za uspokojivý, právě vzhledem k předcházejícím vysokým hodnotám a na možný vliv stresového faktoru se nelze spolehnout zvláště při vědomí, že se jedná o polymorbidní pacientku s dg. diabetes mellitus a záchrannou službou naměřenou hyperglykemií s aktuální hodnotou 23. Z důvodů výše uvedených, po vyloučení traumatu v lokalitě P ramene, resp. pravé klíční kosti (např. zlomeniny klíční kosti či žeber) – jak lékař sám uvádí, **při přetrvávající bolesti i palpační citlivosti v P klíčku a podklíčku – tj. bolesti na hrudi –**

mělo být pomýšleno na kardiální příčinu a pacientka měla být řádně dovyšetřena. Lékař s námi skutečně hovořil poté, co jsme byli konečně vpuštěni s manželem do ordinace za maminkou, není však pravdou, že by nám nabízel hospitalizaci, kardiologické nebo interní dovyšetření (to neuvádí ani ve zprávě v doporučení). Tehdy jsme neznali hodnoty TK, TF a glykémie uvedené v záznamu záchranné služby. Sanitu lékař skutečně zajistil a bylo by i nemyslitelné, abychom maminku přepravovali domů jinak – nedokázala se sama bolestí ani přetočit v ordinaci na injekci, ležící a čekající pak hodinu na lehátku na chodbě na odvoz sanitou, hlasitě naříkala. S jejím překladem sanitáři pomáhal můj manžel.

Diagnóza pomalu nastupujícího infarktu myokardu mohla být jednou z příčin udávaných potíží (ale ne jedinou), pro které maminka vyhledala dne 30. 12. 2015 pomoc. **Kauzální souvislost mezi příčinou úmrtí dne 1. 1. 2016 a nedovyšetřením potíží lékařem Traumatologické ambulance dne 30. 12. 2015 spatřuji především v podobnosti potíží.** Jednalo se o silnou a hlavně i klidovou bolest na hrudi, zvýšenou tepovou frekvenci a hyperglykémii. Později se objevuje i dušnost a v den úmrtí je záchrannou službou z konečně pořízeného EKG záznamu zjištěna širokokomplexová tachykardie.

Za vyjádřenou empatii nad úmrtím mé maminky lékaři děkuji, nicméně stále **jsem přesvědčena o tom, že správný lékařský postup dodržen nebyl.**

b/ k rozhodnutí OS ČLK vznáším tyto námitky (str. 7/8):

Vzhledem k předešlému pádu pacientky doma - zřejmě v důsledku presynkopy, dále silným bolestem, a to i klidovým, v oblasti hrudníku – pravého kličku a podkličku (po vyloučení traumatických změn na rentgenových snímcích), hodnotě TK 200/95 a TF 99 – tedy hodnotě blížící se hypertenzní krizi a tachykardii naměřené záchrannou službou, hyperglykémii 23 (přičemž tato nebyla v ambulanci již přeměřena) měla být pacientka, o které se posuzující odborníci v rozhodnutí vyjadřují jako o vážné nemocné ženě, bezesporu kardiologicky či interně dovyšetřena.

Předpoklad, že bylo lékařem nabízeno dovyšetření či hospitalizace, není totéž, co důkaz.

Hospitalizaci či dovyšetření maminky nám lékař nenabízel, poučil nás pouze o následné domácí terapii, a to přikládání studených nebo teplých obkladů, tlumení bolestí analgetiky; dostali jsme pro ni recept na myorelaxancia. V Ambulantní zprávě z Traumatologického oddělení není pod termínem „doporučení“ žádný záznam o příp. kardiologickém či interním dovyšetření a nenachází se tam ani maminkou podepsaný negativní revers.

c/ k rozhodnutí OS ČLK týkajícího se lékařského postupu pana MUDr. [redacted] vznáším námitky i v podobě screenů – tj. komentářů lékařů ve veřejné diskusi, kde se k mému dotazu, jak v případě bolestí u pravé klíční kosti s hypertenzí a hyperglykemií postupovat, vyjádřili. Uvádím jen některé, nicméně byla zde názorová shoda:

MUDr. [redacted] (anesteziolog) – cituji: *„...nicméně pravděpodobnost, že je to traumatického charakteru je dost nízká a byla by z těch „posledních“ co by mě zajímala, na tom rtg by mne mnohem víc zajímal stav mediastina a srdečního stínu...navíc bez ekg ten člověk nemůže odejít a osobně si myslím, že vzhledem k té téměř hypertenzní krizi a dekompenzované Gly (které sice budou mít i stresovou složku) by stejně víc než vhodné byl příjem alespoň k observaci, kompenzaci a dovyšetření...“*

[redacted] (student) – cituji: *„Jsem pouze student, ale učili nás, že každá bolest na hrudníku se musí pečlivě vyšetřit. Čili fyzikální vyšetření – poslech, poklep, biochemie a EKG by mělo být základ. Pomocná vyšetření jako RTG, UV je pak na uvážení...“*

MUDr. [redacted] (fyzioterapeut) – cituji: *„...Dvě věci jsou alarmující. Neztížitelná bolest, nezávislá na poloze pod kličkem a ta presynkopa bez bolestivé ataky – já bych chtěl enzymy, D-dimery, opakované EKG...Neurologa, když bude interna/kardiologie neg. CB sy nezabíjí, PE či IM může.“*

Souhlasím, cervicobrachální syndrom nebo blokáda či natažení svalu nezabíjí, PE či IM může tak, jako tomu bylo zřejmě v případě mé maminky.

Nedopustíme prosím, aby tento postup byl považován za správný, když jím není.
Riskujeme tím život jiného pacienta.

Dalším problémem je skutečnost, že některé informace sdělené pacientem či jeho rodinou, lékař do dokumentace nezaznamená či zaznamená nepřesně – jako např. záchranná služba neuvedla, že byla maminka v době příjezdu půl hodiny po aplikaci inzulínu a navzdory tomu byla naměřena hodnota 23 nebo že se bolest šířila z pravého podkličku nejvíce do ramene, potom do krku, uší až hlavy a k pádu před dvěma dny došlo při chůzi s chodítkem při závratí, kdy se posléze svezla po posteli.

Každá bolest kdekoliv na hrudi, navíc v kombinaci s hypertenzí a hyperglykemií má být řádně vyšetřena – vyloučeny její závažnější příčiny. V tomto případě se tedy nejednalo o postup lege artis.

Příloha 1a: Záznam o výjezdu ZZS

Příloha 1b: Traumatologická ambulance – Ambulantní zpráva

Příloha 2: Screeny veřejné diskuze – komentáře odborníků

3. Vyjádření Oborové komise pro Kardiologii Vědecké rady ČLK a rozhodnutí OS ČLK týkající se postupu lege nebo non lege artis na JIP kardiologického oddělení, posléze koronární jednotky Nemocnice [REDACTED]:

a/ k vyjádření Oborové komise pro Kardiologii Vědecké rady ČLK a rozhodnutí OS ČLK vznáším tyto námítky (str. 4, 5 a 6/8):

Drobné nepřesnosti považuji za pouhé překlepy: subfebrilní „38.2°C“ namísto 37.2 nebo třikrát zopakované, že byla provedena endotracheální „inkubace“ namísto intubace nebo „koupelní“ vyšetření namísto kompletního apod.

Prostudovala jsem pečlivě celou maminky zdravotnickou dokumentaci vázající se ke dni 1. 1. 2016 a taktéž vyjádření se Oborové komise pro Kardiologii i rozhodnutí OS ČLK – jsem seznámena s popisem průběhu hospitalizace, který se však reálně nemá o co opírat, než o danou výpověď, že k prvnímu ze dvou selhání krevního oběhu došlo **krátce po uložení** pacientky na monitorované lůžko kolem 10:50 hodin – a proto nemohla být zahájena dovyšetření ke zjištění příčiny stávajícího stavu – běžící širokokomplexové tachykardie – s možností tuto příčinu odstranit.

Ve zdravotnické dokumentaci se nenechází jediný podklad - důkaz, který by definoval čas, kdy došlo k první resuscitaci z důvodu selhávajícího krevního oběhu.

Poslední tištěný EKG záznam před údajným selháním krevního oběhu je s časem 10:48:18 (když pominu údajně úplně poslední s asystolou bez uvedení času – s vysvětlením nemocnice, že se čas pouze neatiskl, ale zcela jistě se tento list váže k úmrtí ve 12:40) a dále se ve zdravotnické dokumentaci nachází tabulka s **hodnotami životních funkcí vepsané lékařem do NIS v časech 10:43 – 11:05 – 11:23 – 11:43 a 11:53** – tj. v době, kdy měla být údajně zahájena krátce po 10:50 hodině nejen první resuscitace, ale i posléze prováděna 20-ti minutová obtížná intubace s opakovaným zvracením a aspirací žaludečního obsahu – u popisu druhé resuscitace, která měla probíhat po 12. hodině lékař zmiňuje **“opětovnou bradykardii”**. Během celé této doby, tj. od 10:48:18 až do 12:40 hodin nebyl údajně vytištěn žádný EKG záznam.

Ve vyjádření Oborové komise pro Kardiologii Vědecké rady ČLK zmínku o této tabulce s pěti vepsanými hodnotami v průběhu první hodiny hospitalizace nenechávám, měla ji k dispozici? Příkladala jsem ji spolu s opisem celé zdravotnické dokumentace a příkládám ji i nyní vytištěnou (horší kvalita při kopírování).

Jak se k daným hodnotám naměřeným v průběhu první hodiny – tedy v průběhu lékařem uváděné první hodiny resuscitace, intubace, aspirace – vyjádřil jeden z odborníků – kardiolog, kterého jsem již dříve oslovila? Cituji:

“NIBP-Sys je systolický krevní tlak a všechny hodnoty se vejdu do normy.

NIBP-Dia je diastolický krevní tlak a opět jsou hodnoty v normě.

NIBP-střední tlak se vypočítá z diastolického a systolického tlaku, opět norm.

SpO2 je saturace krve kyslíkem. Hodnoty jsou normální, krom 72%, která je nízká.

SpO2 frekvence - je srdeční frekvence měřená saturačním čidlem, je trochu rychlejší.

EKG frekvence- je srdeční frekvence měřená EKG. 1x je rychlejší (126/min).

EKG - PVC - počet komorových extrasystol na EKG – žádné nebyly.

EKG Afib - výskyt arytmie - fibrilace síní na EKG – nebyla.

Celkově jsou hodnoty uspokojivé, rozhodně nic nenaznačuje zvýšené riziko čehokoliv.

Resuscitace je většinou spojena s těžkou hypotenzí. Tyto hodnoty jsou v průběhu resuscitací nepravděpodobné.”

Další z odborníků se mi vyjadřoval k obvyklostem týkajících se tisku EKG křivek, cituji:

“Pokud se bavíme o resuscitaci, měl by být EKG záznam vytištěn/elektronicky uložen vždy před zahájením KPR (vstupní rytmus), před výbojem (každou analýzu – 2 min). Některé přístroje provádějí automatický tisk před výbojem a po výboji. A samozřejmě po obnovení spontánního oběhu.”

Jména vyjadřujících se lékařů z pochopitelných důvodů neuvádím (i když screen mého dialogu s jedním z nich mám k dispozici).

S ohledem na nekorespondující údaje o hodnotách životních funkcí spolu s popisem průběhu první hodiny hospitalizace (kdy chápu, že v situaci plné stresu může dojít k nepřesnostem při zpětném popisu průběhu s časovými odhady) a dále vzhledem k absenci tištěných (včetně absenci dodatečně vytištěných) EKG záznamů na mou žádost, **můžeme považovat naopak za velmi pravděpodobné, že i k první resuscitaci došlo mnohem později, tj. po 12. hodině.**

Nejenže u mé maminky nebyla příčina všech potíží včetně běžící širokokomplexové tachykardie vyšetřena v době, kdy být vyšetřena mohla - v průběhu první hodiny hospitalizace, ale hlavně **žádné vyšetření, které by mohlo objasnit příčinu potíží a snažit se ji odstranit, nebylo ani indikováno!**

Tím, že nebyla od doby převzetí pacientky od záchranné služby v 10:10 až do doby úmrtí ve 12:40 hodin provedena, ale hlavně ani indikována žádná dovyšetření přímo vedoucí ke zjištění příčiny běžící širokokomplexové tachykardie (UTZ srdce, krevní odběr – srdeční enzymy), nelze daný postup považovat za lege artis.

b/ k doplňujícím zásadním údajům vznáším tyto námitky (str. 6/8):

Rozpory z příjmového záznamu na Kardiologickém oddělení a ZZS:

Komentovat záznam ZZS ze dne 31. 12. 2015 o otocích dolních končetin skutečně nelze, neboť takový záznam ani neexistuje z jednoho prostého důvodu – tento den mou maminku záchranná služba do nemocnice vůbec nevezla. Vezla ji o den později, a to 1. 1. 2016, kdy **na rozdíl od přijímající lékařky JIP kardiologického oddělení otoky dolních končetin po provedeném vyšetření ZZS zaznamenala –** jen několik minut před přijetím pacientky v ambulanci.

Nedostatky a chyby ve zdravotní dokumentaci (přesněji zkopírování a vložení cizích EKG listů do opisu zdravotnické dokumentace mé maminky mezi její listy se záznamy EKG křivek):

Stále nedokáži najít důvod, proč zdravotní sestra či lékař v časovém odstupu několika týdnů od úmrtí mé maminky vezme z chorobopisu dvou cizích pacientů některá z jejich EKG záznamů, poté je zkopíruje, aby mohly být vloženy do mnou vyžádaného opisu zdravotnické dokumentace mé maminky mezi její EKG záznamy.

Vysvětlení nepovažuji rozhodně za dostačující a žádám o dovysvětlení, jakým způsobem se ocitly cizí EKG záznamy v opisu ZD mé zesnulé maminky nebo z jakého důvodu tam byly vmíchány.

I kdyby byla pravda taková, že jednotlivé listy se záznamy EKG křivek všech pacientů se vrství na jednu kopii, která se po několikadenní nebo několikátýdenní lhůtě „vytřídí“ a tyto listy se vloží do jednotlivých složek s chorobopisy, tak by to rozhodně **nemohlo svědčit pro způsob, který je obvyklý v jiných nemocnicích a při kterém se nezvyšuje riziko pochybení.**

Příloha 3: Tabulka – Životní funkce

Příloha 4: 1. list chorobopisu Kardiologie – Nemocnice [REDACTED]

4. Vyjádření Oborové komise pro Kardiologii Vědecké rady ČLK a rozhodnutí OS ČLK o povinnosti provedení/neprovedení pitvy v případě mé maminky

a/ k vyjádření Oborové komise pro Kardiologii Vědecké rady ČLK a rozhodnutí OS ČLK o povinnosti provedení pitvy vznáším tuto námitku (str. 5/8 a str. 7/8):

V případě mé maminky měla být jednoznačně provedena ze zákona povinná zdravotní pitva.

ODŮVODNĚNÍ:

MUDr. [REDACTED] jako ošetřující lékař provedl zároveň prohlídku zemřelé a pak navrhl pitvu patologicko-anatomickou namísto povinné pitvy zdravotní.

Dle zákona č. 372/2011 Sb. § 88, znění platného v den úmrtí mé maminky - pacientky Elišky Jindrové, a to dne 1. 1. 2016, byly splněny obě podmínky pro provedení povinné zdravotní pitvy:

Cituji ze zákona:

“Zdravotní pitvy provádí poskytovatelé v oboru soudního lékařství. Nestanoví-li tento zákon jinak, provede se zdravotní pitva povinně

a) při náhlých a neočekávaných úmrtích, jestliže při prohlídce těla zemřelého nebylo možno jednoznačně zjistit příčinu smrti,“

DŮKAZY O NEOČEKÁVANÉM ÚMRTÍ:

Definice neočekávaného úmrtí:

Smrt neočekávaná je smrtí přirozenou, kdy se již určitým způsobem alterovaný zdravotní stav neočekávaně zhoršil natolik, že došlo k úmrtí.

(Zdroj: https://is.muni.cz/el/1451/podzim2012/nk1084/um/Uvod_do_soudniho_lekarstvi.pdf)

Zdravotní stav mé maminky se zhoršil náhle, neočekávaně, a to dne 30. 12. 2015, kdy začala pociťovat bolesti v oblasti pravého klíčku a podklíčku, rychlou záchrannou službou byla zaznamenána hypertenze 200/95, TF 99 a hyperglykemie 23 (z traumatologické ambulance odvezena zpět domů s banální dg. nataženého svalů či blokády, nikoliv jako pacientka s prognosticky beznadějným onemocněním v jeho terminální fázi). Tento stav náhle vzniklých bolestí na hrudi progredoval a dne 1. 1. 2016 zemřela za nezjištěné/nezjišťované příčiny.

DŮKAZY O NEZJIŠTOVÁNÍ/NEZJIŠTĚNÍ A TUDÍŽ ANI NESTANOVENÍ PŘÍČINY ÚMRTÍ:

Odpověď ředitelství na mou stížnost týkající se úmrtí ze dne 19. 3. 2016

Ředitelství Nemocnice [REDAKCE] samo potvrzuje, že u pacientky - mé maminky nebyla příčina úmrtí stanovena, cituji: "Ke smrti došlo 1. 1. 2016 v 12:40 hodin. **Na stanovení a odstranění příčiny úmrtí (byla-li odstranitelná) neměli lékaři bohužel dostatečný časový prostor.**"

List o prohlídce zemřelého, části A, listu 2 – pitva

Patologické oddělení [REDAKCE] nemocnice příčinu úmrtí nevyplnilo.

Znamená to, že nedošlo k jejímu určení ani nikdy později na základě posouzení zdravotnické dokumentace patologickým oddělením.

List o prohlídce zemřelého, část A, list 1

Zástavu srdce, kterou uvedl lékař jako bezprostřední i základní příčinu úmrtí nelze za příčinu úmrtí považovat, neboť se jedná o způsob smrti (k srdeční zástavě a dechu dochází vždy), nikoliv její příčinu (viz Pokyny Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR k vyplnění formuláře).

Odborný posudek Oborové komise pro Kardiologii Vědecké rady ČLK (str. 5/8)

A konečně – sama Oborová komise pro Kardiologii Vědecké rady ČLK ve svém posudku konstatuje, že – cituji (str. 5/8) : **"O příčině úmrtí můžeme jen spekulovat"**.

K vyjádření Oborové komise pro Kardiologii Vědecké rady ČLK bych dále doplnila (vznesla námitku), že Pitevní zákon (ve znění platném v den úmrtí mé maminky, tj. 1. 1. 2016) hovoří o povinnosti provést zdravotní pitvu v případě nezjištěné **příčiny** náhlého nebo neočekávaného úmrtí pacienta – **mechanismus úmrtí (porucha srdečního rytmu) s touto definicí nijak nesouvisí.**

b/ k doplňujícím zásadním údajům vznáším tyto námitky (str. 6/8):

Průvodní list ke klinické pitvě nebyl vystaven panem MUDr. [REDAKCE] po dohodě se mnou - **já žádala hlavně její provedení vzhledem k nejasným okolnostem úmrtí** poté, co mi tímto lékařem krátce po 13. hodině na chodbě bylo sděleno, že – cituji: "Opravdu nevím, co se stalo."

Nenařízení povinné zdravotní pitvy je postupem non lege artis.

Své tvrzení o tom, že nenařízení povinné zdravotní pitvy je postupem non lege artis, dokládám odkazem na odbornou práci tří autorů:

pana prof. MUDr. Miroslava Hirta, CSc. – přednosty Ústavu soudního lékařství,
pana Mgr. Bc. Karla Cibulky, Ph.D., – z Nejvyššího státního zastupitelství
a paní JUDr. Aleny Tobiášové, MBA – z právního oddělení Lékařské fakulty

s názvem „Nenařízení pitvy povinné ze zákona postup lege nebo non lege artis“

<http://www.akutne.cz/res/publikace/3-nena-pitvy-povinn-ze-z-kona.pdf>

Příloha 5: Odpověď ředitelství nemocnice na mou stížnost

Příloha 6: List o prohlídce zemřelého, části A, listu 2 – pitva

Příloha 7: List o prohlídce zemřelého, část A, list 1

O medicínské právo i medicínu se jako samouk zajímám, konzultuji své poznatky s odborníky, přečetla jsem mnoho odborných prací i knih, za všechny mohu nyní jmenovat třeba knihu ředitele právní kanceláře ČLK – pana JUDr. Jana Macha s názvem MEDICÍNSKÉ PRÁVO CO A JAK – souhrn praktických informací pro lékaře nebo pak poněkud kompromitující materiál – článek t. č. již bývalého soudního znalce pana MUDr. PhDr. Pavla Čepického, CSc. z knihy Porod II vydané společností LEVRET s.r.o. v roce 2007 – s názvem „Průšvihy u porodu“, ve kterém lékař vysvětluje, jak správně „upravovat nebo přepisovat“ zdravotnickou dokumentaci, stane-li se „průšvih“ nebo jakým způsobem rozprostřít zodpovědnost (mohu doložit, bude-li třeba). Výroky pana MUDr. PhDr. Pavla Čepického, CSc., jež kniha obsahuje, jsou samozřejmě nešťastnou záležitostí a já doufám, že i výjimečnou.

Stejně tak, jako Česká lékařská komora, se snažím bojovat za nastolení lepších podmínek lékařům a zdravotníkům v podobě změn v systému (kupř. uzákonit a posléze kontrolovat personální obsazení na daném oddělení nemocnice, zbavit se nezákonných přesčasů apod.), protože i tak mohou být částečně eliminována selhání jednotlivce.

Setkávám se s politiky, zástupci odborů; v rámci seznámení se s naším případem proběhlo minulý měsíc mé jednání s panem ministrem zdravotnictví Mgr. Adamem Vojtěchem, neboť právě na případu mé maminky (zvláště pak události z roku 2014, kdy došlo k poškození jejího zdraví v důsledku lékařské nedbalosti a jež je bohužel pro Českou lékařskou komoru již promlčena, takže se jí nezabývala – jinde řízení stále běží), mohu vše dobře demonstrovat.

Uvítala bych též možnost schůzky s panem prezidentem ČLK MUDr. Milanem Kubkem, abychom spolu mohli (ač se to zdá vzhledem k mé podané stížnosti i námitkování paradoxní) „táhnout za jeden provaz“. Nejsem protihráčem, snažím se jen vydobýt spravedlnost pro mou zesnulou maminku, vnímám to jako svou morální povinnost, je to slib, který jsem jí dala.

Ráda bych zdůraznila, že jsou lékaři, kterých si velmi vážím především pro jejich odbornost, zodpovědnost, svědomitost, vstřícnost, lidskost i za záchranu života mého nebo životů mých blízkých - jsem jim za to vděčna.

Věřím, že budou Čestnou radou ČLK při vyhotovování nového rozhodnutí zohledněny všechny skutečnosti zdravotnické dokumentace mé maminky, všechny její rozpory, všechny dané souvislosti a také fakta, jež ve svém odvolání uvádím.

Za reflektování mých námitek děkuji.

Prosím o písemné vyjádření, zda byly přijaty, později pak, s jakým výsledkem.

S pozdravem

Eliška Štefková