

Z ABSURDIT ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ

(podklady k jednání – podnět)

OBSAH:

1.

Případ mé maminky – paní Elišky Jindrové

Postup lege artis versus non lege artis – má argumentace	str. 2
Popis případu	str. 3
Můj boj v čase	str. 7
Odborné posouzení versus fakta zdravotnické dokumentace	str. 9
Užití pojmu administrativních chyb zastírajícího známky nedbalosti	str. 12

Návrhy k dalšímu projednání:

I. Posudky opomíjející zásadní rozhodné skutečnosti zdravotnické dokumentace směřující k závěru postupů lege artis	str. 13
II. Neprovádění povinných zdravotních pitev při náhlém/neočekávaném úmrtí bez zjištění/stanovení jeho příčiny	
III. Rozhodnutí krajského úřadu o nepochybení vycházející z nedůsledně vypracovaných posudků	

2.

Problematika odesílání stomických pacientů do péče praktických lékařů

Návrh k dalšímu projednání:

IV. Odesílání stomických pacientů do péče praktických lékařů nemocnicemi	str. 15
--	---------

3.

Článek MUDr. PhDr. Pavla Čepického, CSc. „Průšvihy u porodu“

Návrh k dalšímu projednání:

V. Podpora či tolerance České lékařské komory publikovat i díla přinejmenším amorální	str. 17
---	---------

4.

Reportáž v pořadu „Očima Josefa Klímy“ ze dne 29. 6. 2017

Návrh k dalšímu projednání:

VI. Vedení zdravotnické dokumentace v elektronické i tištěné podobě	str. 27
---	---------

5.

Ztráty důkazních materiálů bez jakékoliv sankce pro nemocnici

Návrh k dalšímu projednání:

VII. Mediálně známý případ paní Dagmar Vaňkové bojující za spravedlnost pro své dítě	str. 33
--	---------

6.

Časté střídání ošetřujících lékařů pacienta někdy i s důsledkem absolutní neznalosti anamnézy

Návrh k dalšímu projednání:

VIII. Střídání ošetřujících lékařů pacienta po dvou, maximálně třech dnech	str. 35
--	---------

1.

PŘÍPAD MÉ MAMINKY

paní Elišky Jindrové

Tak, jak vyplývá z usnesení Policie ČR, kdy byla následně přijata má stížnost proti usnesení i žádost o výkon dozoru nad zachováváním zákonnosti státním zastupitelstvím, **nebyly** znaleckým ústavem ve znaleckém posudku stejně tak jako odborníkem vyhotovujícím odborné posouzení pro krajský úřad – zřizovatele nemocnice – **vůbec zohledněny zásadní rozhodné skutečnosti zdravotnické dokumentace, a to u události z roku 2014, kdy jsem přesvědčena, že došlo k poškození zdraví mé maminky v důsledku lékařské nedbalosti.**

Uvádím např. tyto:

- a/ patologické hodnoty krevních rozborů ze dne 10. a 11. 7. 2014 (výskyt nezralých granulocytů a normoblastu ortochromního v kombinaci s vysokým CRP a leukocyty periferní krvi) vypovídající o závažném stavu (sepsi), jež byly ošetřujícími lékaři zcela přehlédnuty/ignorovány
- b/ téměř 7-denní prodleva v zahájení cílené léčby klostridiové střevní infekce v důsledku jejího pozdního dovyšetření s možností určení zdroje a patogenu při selhávající léčbě empirické
- c/ definitivní popis CT vyšetření břicha ve zprávě z radiologického oddělení, kdy namísto tohoto výsledku posuzující odborníci v posudku uvádějí pouze méně závažný předběžný popis sdělený telefonicky
- d/ nevysazení Klindamycinu při terapii klostridiové infekce (přesněji Clostridium difficile), přičemž nebyla známa žádná jiná infekce vyžadující si léčbu tímto pro zánětem postižená střeva rizikovým antibiotikem
- e/ pozdní překlad pacientky na JIP infekčního oddělení při počínajícím septickém multiorgánovém selhávání

Posuzující odborníci/znalci neuvádějí v posudcích výše jmenované skutečnosti zřejmě proto, aby nemuseli dojít k závěru – domnívám se, že dokonce několika po sobě jdoucích pochybení - a to ve smyslu:

- viz a/ **téměř 7-denní prodlevy v dovyšetření, tj. nevyužití žádné z diagnostických metod** (postup non lege artis) ke zjištění zdroje a příčiny přetrvávající infekce s případnou modifikací selhávající empirické léčby až do dne plánované dimise pacientky, což sehrálo nesporně zásadní roli v dalším vývoji jejího zdravotního stavu,
- viz b/ **téměř 7-denní prodlevy v zahájení cílené léčby** při selhávající léčbě empirické,
- viz c/ **nezohlednění definitivního popisu CT vyšetření ve zprávě radiologického odd.** s vícečetnými patologickými nálezy ze dne 16. 7. 2014 a absence adekvátní reakce ošetřujících lékařů na toto zjištění,
- viz d/ **neadekvátní terapie klostridiové infekce s ponecháním Klindamycinu** (pro zánětem postižená střeva rizikového antibiotika), aniž by byla známa jakákoliv jiná infekce vyžadující si léčbu tímto antibiotikem,
- viz e/ **pozdního překladu pacientky na JIP infekčního oddělení** s možností zahájení adekvátní léčby t.č. již těžké sepsy ústící v toxické megakolon s počínajícím multiorgánovým selháváním

Znalecký ústav vyhotovující ústavní posudek pro Policii ČR a další odborníci vyjadřující se pro krajský úřad **se dále nesnažili objektivně zhodnotit ani druhou událost případu mé maminky, a to úmrtí v roce 2016, neboť i zde se ve zdravotnické dokumentaci nacházejí rozhodné skutečnosti, rozpory nebo nedostatky, které byly posuzujícími lékaři přehlédnuty či opomenuty** (viz níže). Jejich charakter budí až podezření ze snahy zastříť známky lékařského pochybení s ohledem na časovou prodlevu v zahájení dovyšetření a léčby pacientky vedoucí k jejímu úmrtí.

- a/ **interní a kardiální nedovyšetření příčiny** silných bolestí na hrudi, hypertenze, tachykardie a hyperglykemie u pacientky – diabetičky dne 30. 12. 2015 – odeslání po negativ. RTG vyš. zpět domů
- b/ **nezahájení dovyšetření běžící širokokomplexové tachykardie** (kardioenzymy, UTZ), **ani jejich indikace** po přijetí pacientky k hospitalizaci dne 1. 1. 2016 (ZZS volána v 9:16 hod., předání pacientky na JIP kardiologického odd. v 10:10 hod., uložení na monitorované lůžko po klinic. vyš. v ambulanci po 10:39 hod.)
- c/ **rozpory ve zdravotnické dokumentaci – hodnoty zaznamenané v tabulce životních funkcí pravidelně měřené, a to 5x během doby od 10:43 hod. do 11:53 hod. vůbec nekorespondují s lékařovým popisem průběhu první hodiny hospitalizace** (jsou bez i jen náznaku selhávání krevního oběhu), během níž mělo údajně dojít k první, a to úspěšné resuscitaci, dále pak obtížné intubaci s následnou aspirací žaludečního obsahu, přičemž druhá resuscitace měla proběhnout po 12 hod. již neúspěšně s úmrtím ve 12:40 hod.
- d/ **nevtyštění jediného záznamu EKG křivky v době od 10:48:18 hod. do času úmrtí ve 12:40 hod.,** kdy se obvykle tiskne/ukládá záznam EKG křivky minimálně před zahájením KPR (vstupní rytmus)
- e/ **neprovedení zdravotní pitvy u náhlého či neočekávaného úmrtí bez zjištění jeho příčiny,** resp. nezdůvodnění, jaké zákonné podmínky nebyly pro její provedení splněny

Jakým způsobem mohu dojít spravedlnosti pro svou maminku, pokud se stále budu setkávat s „nedůsledností“?

POPIS PŘÍPADU

1./ UDÁLOST Z ROKU 2014

Domnívám se, že se dalo poškození zdraví - těžké sepsi a vzniku toxického megakolon s nutností odejmutí tlustého střeva předejít:

a/ jejím včasným dovyšetřením (dovyšetřením zdroje infekce a patogenu, který ji způsobil)

laparoskopická operace (karcinom dělohy, méně, než do ½ stěny děložní, dobrá prognóza bez následné terapie)

- 2. pooperační den horečka, dále jasné známky infekce, nasazena léčba naslepo (širokospektrá antibiotika - Amoksiklav)

- 3. pooperační den rozšíření léčby o ATB Metronidazol (pro širší pokrytí možných patogenů)

- 4. pooperační den vyšetření moči (negat.), UTZ ledvin nepřehledný přes střevní kličky = **neobjasněna příčina potíží, zdroj, ani patogen**, vyloučena infekce urogenitálu

- 6. pooperační den opomenutí ordinace ATB Metronidazolu po překladu z JIP na stand.odd., v krevním rozboru výskyt tzv. nezralých granulocytů (myelocyt, metamyelocyt) a normoblastu ortochromního spolu s vysokým CRP a leukocytózou, kdy **tato kombinace patologických ukazatelů poukazuje vždy na závažný stav, obvykle těžkou sepsi - není využito žádné z diagnostických metod k tomu, aby byla objasněna příčina a zdroj infekce a mohlo tak dojít k případné modifikaci (změně léčby z empirické na cílenou)**

- 7. pooperační den opět výskyt nezralých granulocytů a normoblastu ortochromního v periferní krvi spolu s vysokým CRP a leukocytózou, **kdy tato kombinace patologických ukazatelů poukazuje vždy na závažný stav, obvykle těžkou sepsi - bez reakce lékařů - není využito žádné z diagnostických metod k tomu, aby byla objasněna příčina a zdroj infekce a mohlo tak dojít k příp. modifikaci léčby**

Přibývající potíže, symptomy, až 25 laboratorních odchylek poukazujících na progresi infekce, **bolesti břicha, nadýmání, průjmovitá stolice**, renální nedostatečnost-nepodání Furosemidu při pozitiv. tekutin. bilanci, respirační nedostatečnost, rozpory mezi zápisy sesterského personálu a zápisy z vizit - sesterský personál průjmovitou stolicí a další potíže pacientky uvádí - lékaři ve svých zápisech z vizit nikoliv či jsou v naprostém rozporu, opakující se údaje o identickém tlaku, tepu, saturaci v lékařském zápisu z vizity kopírované do dalších hodin či dnů, rozporuplné údaje o teplotě - afebrilní i febrilní zároveň atd.

- 12. pooperační den sepsání i odeslání propouštěcí zprávy praktické lékařce, poté přichází výsledky krevního odběru konečně správně zhodnocené (nebo zhlédnuté) lékařem = **těžká sepse!**

Celých 8 dní nebyla dovyšetřena příčina potíží, zdroj infekce a patogen po první snaze o objasnění ze dne 8. 7. 2014 (4. pooperační den) a to již 6 dní byly z krevního rozboru patrný jasné známky nejen přetrvávající infekce při empirické léčbě, ale už i těžké sepse v krevním rozboru. Teprve až 12. pooperační den (tedy 10. den od prvních známek infekce) bylo provedeno CT břicha, odběr kultivace z recta a rozšíření léčby Amoksiklavem o ATB Gentamicin, Klindamycin

- 13. pooperační den objevena nozokomiální bakterie *Clostridium difficile*, průkaz toxinu A i B

Lékaři uvedli ve zdravotnické dokumentaci jen předběžný popis CT břicha a **definitivní popis CT vyšetření zůstal zřejmě ležet někde bez povšimnutí dalších 5 dní (neboť jej na rozdíl od výsledku předběžného neuvedli v "chorobopise" pacientky)** - viz datum shlednutí lékařem na zprávě z radiolog. oddělení. **Definitivní popis CT byl mnohem závažnějšího charakteru, nežli předběžný.**

Dále se domnívám se, že se dalo poškození zdraví - těžké sepsi a vzniku toxického megakolon s nutností odejmutí tlustého střeva předejít:

b/ nasazením adekvátní léčby klostridiové infekce v době, kdy už známa byla

- **v den průkazu klostridiové infekce** byl vysazen sice Amoksiklav (širokospektrá ATB mohou vést k přerůstání nežádoucích bakterií ve střevě), ale **nebyl vysazen Klindamycin**, což je antibiotikum, které je velmi rizikové s ohledem na možný vznik pseudomembranózní kolitidy a v případě jakéhokoliv průjmovitého onemocnění je třeba jej vysadit (nebyla známa ani žádná infekce závažnějšího charakteru, dokonce ani žádná taková, která by si byla další léčbu klindamycinem vyžadovala)

- **Klindamycin podáván další tři dny**, pak konečně vysazen a **čtvrtý den opět chybným rozepsáním medikace pacientce podán**

- léčba klostridiové infekce ATB Vancomycinem nasazena až za téměř 20h po nahlášení bakterie z laboratoře, čímž došlo ode dne průkazu setrvávající infekce v krevním rozboru (na který lékaři nereagovali dovyšetřením patogenu a modifikací léčby) **k celkové prodlevě v léčbě téměř o 164 hodin** (144 hodin – 6 dní, tj. 6x24h od 10. 7. 2014 do 16. 7. 2014 + 20 hodin od nahlášení bakterie z laboratoře dne 16. 7. 2014)

Jsem přesvědčena o tom, že správnou léčbou těžké klostridiové infekce mělo být nasazení dvojkombinace antibiotik, a to Vancomycinu a Metronidazolu (studie uvádí u obou léků cca 95%-ní účinnost), s okamžitým vysazením všech širokospektrých. Ani volba probiotika Lactobacillus nebyla nejvhodnější - efekt v léčbě klostridiové infekce zaznamenala pouze kvasinka Saccharomyces boulardii, např. v přípravku Biopron, která pacientce podána nebyla.

A konečně se domnívám, že se dalo poškození zdraví - těžké sepsi a vzniku toxického megakolon s nutností odejmutí tlustého střeva předejít:

c/ včasným umístěním pacientky na JIP infekčního oddělení

- **pacientka setrvávala na standard. odd. ještě dalších 5 dní** od zjištění těžké sepsy, výsledků CT vyšetření břicha se zánětlivým zesílením celého tlustého střeva, kolostázou tračníku, prosáknutím, tekutinovou kolekcí a tekutinou v pleurální dutině, v době těžké hypoalbuminémie, prohlubující se anémie, renálního a respiračního selhávání, zelené průjmovité stolice, která začala odcházet pak i samovolně a změn stavu vědomí

- **v den překlady na JIP infekční odd. dosáhly otoky objemu 30l (+ 30kg)**, přičemž postupně přibývajících otoky až do vyšetření pacientky infektoložkou v předvečer překlady nikdo z lékařů do dokumentace nezaznamenal. Internistou bylo telefonicky doporučeno zachovávat pozitivní tekutinovou bilanci, aniž by pacientku viděl.

- 4 dny před překlady začala vytékat z laparoskopického vpichu čirá tekutina - **byla to známka těžké hypoalbuminémie - nebyl podán albumin**

Později došlo také k paréze levé končetiny zřejmě v důsledku probíhající trombózy a následného útlaku nervů - napovídají tomu hodnoty D-dimerů a koagulace z té doby i bolesti levého nártu zaznamenané rehabilitační sestrou, které žádný z lékařů neozřejmil, protože končetina nebyla žádným z lékařů vyšetřena.

K nedostatečnému vyvedení střeva nad povrch břicha došlo zřejmě v důsledku prosáklivosti organismu (30l vody v těle při sepsi), nikoliv proto, že byla pacientka obézní - jak se mi snažil odborník posuzující případ namluvit. Znam stomické pacienty i s vyšším BMI a dobře provedenou stomií.

U selhávajících ledvin nebyla řešena některé dny ani tekutinová bilance - Furosemid byl podáván při negativní a naopak podán nebyl při pozitivní apod., stejně tak se nepředcházelo každý den riziku trombotického stavu po celou dobu sepsy podáváním léku Fraxiparine.

Závěr šetření krajského úřadu: lékaři postupovali lege artis - léčba adekvátní - aktuálně probíhá šetření postupu krajského úřadu veřejnou ochránkyní práv a "znovuotevření případu" po přijetí mých námitek, které postoupila krajskému úřadu paní hejtmanka

Závěr šetření ČLK: zatím není

Závěr šetření PČR: zatím neodloženo z důvodu stížnosti proti usnesení - státní zástupkyně uložila, aby bylo šetření doplněno o skutečnosti důležité pro rozhodnutí ve věci v intencích mého vyjádření

2./ UDÁLOST Z ROKU 2016 - ÚMRTÍ

- horečky, pád z neznámé příčiny, hyperglykemie, hypertenze, za dva dny poté silné bolesti vpravo u klíční kosti vystřelující do ramene, ruky, až hlavy

- telefonicky kontaktována praktická lékařka, která odmítla vykonat návštěvu u imobilní pacientky (nabídla jen vypsání žádanky na rentgenové vyšetření, ale s tím, že si pro ni maminky invalidní muž dojde - věděla, že maminku nechce nechat samotnou v tomto stavu, doporučovala volat případně rychlou záchrannou službu, aniž by pacientku vyšetřila)

- odvoz zdravotní záchrannou službou na traumatolog. odd, popis rentgenových snímků jako negativ., hypertenze, tachykardie a hyperglykemie, **bez interního nebo kardiologického dovyšetření je pacientka po aplikaci analgetické injekce odeslána sanitou zpět domů** s dg. nataženého svalu či blokády a doporučením přikládat obklady, užívat léky uvolňující svaly

- za dva dny poté opět odvoz zdravotní záchrannou službou na JIP kardiologického oddělení, kde maminka do dvou hodin od příjetí k hospitalizaci dne 1. 1. 2016 ve 12:40 hodin umírá, aniž by byla indikována dovyšetření (echokardiologické vyšetření a náběry kardioenzymů) pro zjištění příčiny běžící širokokomplexové tachykardie patrné ze záznamu EKG křivky

Další okolnosti a mé domněnky:

- přesto, že byla známa širokokomplexová (komorová) tachykardie již z EKG záznamu pořízeného záchrannou službou, byla maminka přijata na monitorované lůžko až v 10:43 hodin, po převzetí od záchranné služby v 10:10 hodin, neboť nejdříve probíhalo údajně po celou tu dobu její klinické vyšetření v ambulanci

Domnívám se, že vzhledem k probíhající komorové tachykardii měla být přijata na monitorované lůžko bezprostředně po jejím převozu na JIP kardiologické oddělení a klinicky vyšetřena lékařkou u lůžka, kdy měla a mohla být zahájena zároveň všechna potřebná dovyšetření.

- k první resuscitaci došlo údajně krátce po uložení na lůžko po 10:50 hodině (zhroucení krevního oběhu, defibrilace, elektromechanická disociace, adrenalin, nesetralá komorová tachykardie, velmi obtížná intubace endotracheální rourkou velikosti 7.5, aspirace /vdechnutí/ žaludečního obsahu), ale zároveň mi byla poskytnuta v opisu zdravotnické dokumentace tabulka hodnot životních funkcí, naměřených pětkrát v průběhu této doby, a to hodnot, které nevypovídají o selhávajícím oběhu, neboť zde není žádný údaj o extrasystole na EKG, žádný údaj o fibrilaci síní na EKG, ani o výraznější hypotenzi

Domnívám se, že všechny lékařem popsané události první hodiny hospitalizace včetně údajné resuscitace nemohou korespondovat s údaji o přístrojem zaznamenaných hodnotách životních funkcí - spatřuji zde rozpor, což mne vede k podezření ze snahy zastřít tím časovou prodlevu v zahájení dovyšetření.

Dále se domnívám, že užití velikosti endotracheální rourky 7.5 pro obtížně intubovatelnou pacientku nebylo vhodné, jelikož při předchozí úspěšné intubaci v jiné nemocnici byla užitá lékařem právě z důvodu obtížné intubovatelnosti rourka menší (7.0).

- ke druhé resuscitaci mělo dojít po 12. hodině, kdy se krevní oběh zrestaurovat již nepodařilo

- od 10:48:18 nebyl vytištěn žádný EKG záznam, ani před výbojem a po výboji, kromě záznamu posledního (s asystolou), a to bez uvedení času

Domnívám se, že je velmi neobvyklé, aby lékař pro snazší vyhodnocení situace kromě sledování monitoru nevytiskl v průběhu dokonce dvou po sobě jdoucích resuscitací jeden jediný záznam EKG křivky, a to alespoň před výbojem a po obnovení krevního oběhu.

- lékař provádějící prohlídku těla mé zesnulé maminky vyplnil rozdílně dva listy o prohlídce zemřelého, kdy v prvním uvedl u bezprostřední příčiny úmrtí i základní příčiny úmrtí srdeční zástavu, avšak u základní příčiny chybně s kódem pro městnavé selhání srdce a ve druhém listě u bezprostřední příčiny taktéž srdeční zástavu, ale u základní příčiny už městnavé selhání srdce se správným kódem.

Domnívám se, že na základě pokynů Ústavu zdravotních informací a statistiky ČR ke způsobu vyplnění formuláře listu o prohlídce zemřelého, který se poskytuje jednak tomuto ústavu a dále pak matričnímu úřadu, nebyly listy vyplněny správně. U bezprostřední ani základní příčiny úmrtí nelze uvést zástavu srdce (či dechu), neboť k té dochází při úmrtí vždy. Taktéž otázka městnavého selhání srdce jako základní příčiny úmrtí je diskutabilní, považovala bych ji za bezprostřední v případě, že by mohla být tato diagnóza stanovena.

Ke stanovení příčiny úmrtí (ale ani jejímu zjištění) však nedošlo. Širokokomplexová tachykardie byla jen důsledkem jedné z nezjištěných příčin, již může být například infarkt myokardu, u hyperglykemie metabolická ketoacidóza nebo městnavé selhání srdce.

- ačkoliv jsem požádala lékaře o provedení pitvy a ten ji navrhl, nebyla patologickým oddělením pitva patologicko-anatomická ani zdravotní schválena a provedena

Domnívám se, že na základě znění platného pitevního zákona (novelizovaného právě dne 1. 1. 2016) měla být povinně provedena pitva zdravotní.

Cituji:

"Zdravotní pitva se provede povinně:

a) při náhlých nebo neočekávaných úmrtích, jestliže při prohlídce těla zemřelého nebylo možné jednoznačně zjistit příčinu smrti."

*V případě mé maminky se jednalo o úmrtí neočekávané a příčina smrti nebyla u ní jakožto pacientky bez kardiální anamnézy - stanovena (což potvrzuje samo ředitelství nemocnice), **ale ani zjištěna/zjišťována.***

Závěr šetření krajského úřadu: **lékaři postupovali lege artis - léčba adekvátní - aktuálně probíhá šetření postupu krajského úřadu veřejnou ochránkyní práv a "znovuotevření případu" po přijetí mých námitek, které postoupila krajskému úřadu paní hejtmanka**

Závěr šetření ČLK: zatím není

Závěr šetření PČR: **zatím neodloženo z důvodu stížnosti proti usnesení - státní zástupkyně uložila, aby bylo šetření doplněno o skutečnosti důležité pro rozhodnutí ve věci v intencích mého vyjádření**

MŮJ BOJ V ČASE:

1. událost - rok 2014

(podezření z poškození zdraví v důsledku lékařské nedbalosti)

2. událost - rok 2016

(podezření z úmrtí v důsledku lékařské nedbalosti)

23. 7. 2014 těžká sepe = života zachraňující operace odejmutí tlustého střeva (ileostomie)
- 22. 10. 2014 obdržení poslední části opisu maminky zdravotnické dokumentace - událost č. 1**
30. 4. 2015 stížnost adresovaná ředitelství nemocnice
22. 6. 2015 rozporování odpovědi nemocnice ve stížnosti zasláné na krajský úřad
30. 9. 2015 sdělení krajského úřadu, že se mu po několika neúspěšných pokusech o ustavení odborníka počátkem září 2015 podařilo zkontaktovat znalce, který souhlasil s vypracováním odborného posudku ve věci
10. 12. 2015 sdělení krajského úřadu, že znalec po obdržení a prostudování zasláných podkladů odmítl vypracovat znalecký posudek a přestože se KÚ dál opakovaně pokoušel nalézt instituci či odborníky, kteří by vypracovali v dané věci odborné posouzení, byl opakovaně odmítán – dále sdělení, že spolupráci nyní přislíbil odborník, kterému byly shromážděné podklady opět odeslány se žádostí o posouzení a vypracování odborného posudku, případně o doporučení dalšího postupu
- 1. 1. 2016 úmrtí maminky**
4. 1. 2016 rozhodnutí patologického oddělení o neprovedení pitvy
11. 1. 2016 odpověď krajského úřadu na můj dotaz, proč je posouzení případu mé maminky znalci neustále odmítáno - cituji: "Obecně k předmětnému uvádíme, že nejčastějšími důvody odborníků pro odmítnutí vypracovat odborný posudek bývá jejich pracovní a časová zaneprázdněnost..."
- 20. 1. 2016 obdržení opisu zdravotnické dokumentace - událost č. 2**
9. 2. 2016 stížnost adresovaná krajskému úřadu /úmrtí/
- 17. 3. 2016 podání trestního oznámení na obě události - událost č. 1 a událost č. 2**
19. 3. 2016 odpověď ředitelství nemocnice /úmrtí/
31. 3. 2016 obdržení CD s RTG snímky /1 chybí - nezdařilý = neuložený v pc/
13. 4. 2016 rozporování odpovědi nemocnice ve stížnosti zasláné na krajský úřad
14. 7. 2016 sdělení krajského úřadu, že přes opakované urgencye odborníka, který souhlasil s vypracováním odborného posudku k podané stížnosti na krajský úřad vedenou odborem sociálních věcí a zdravotnictví, nebyl tento doposud vyhotoven - dále informace, že na poslední urgenci odborník sdělil, že s ohledem na rozsah stížnosti a zasláných podkladů předpokládá vypracování posudku zhruba v polovině měsíce srpna.
- 10. 8. 2016 závěr šetření krajského úřadu - zhodnotil případ jako nepochybení, postupováno lege artis - událost č. 1**
16. 9. 2016 seznámení krajského úřadu s nedostatky (nezohlednění všech rozhodných skutečností jím předloženého odborného vyjádření, na jehož základě vznikl závěr)

26. 9. 2016 odpověď KÚ na mnou vznesené námítky týkající se "nepečlivě" vypracovaného odborného posouzení - cituji: "...Přesto, že nejste spokojena s formou a závěry odborného posudku, sdělujeme Vám, že ve Vašem podání ze dne 23. 9. 2016 (zřejmě datum obdržení mého dopisu ze dne 16. 9. 2016) nebyly uvedeny žádné nové rozhodné skutečnosti a proto v souladu s vnitřním předpisem krajského úřadu č. SM/4/RK nebudeme věc nově šetřit. Vámi uváděné skutečnosti měl odborník k dispozici a své odborné stanovisko v posudku vyjádřil. Nelze též opomenout, že šlo o případ s vysokou náročností co do obsahu podkladů, ale i času odborníka, který se Vašemu případu podrobně věnoval, o čemž svědčí mimořádný obsah práce nad Vámi podanou stížností..."
1. 11. 2016 stížnost /úmrť/ adresovaná ČLK (šetření zatím stále běží)
- 5. 1. 2017 žádost o svolání nezávislé odborné komise**
- 23. 1. 2017 závěr šetření krajského úřadu - zhodnotil případ úmrť jako nepochybení, postupováno lege artis - událost č. 2**
- 23. 1. 2017 zamítnutí mé žádosti o svolání nezávislé odborné komise krajským úřadem - komise, která by "přezkoumala odborný posudek" - tzn. reflektovala mé námítky týkající se neuvedení zásadních rozhodných skutečností zdravotnické dokumentace v posudku- cituji: "...Sdělujeme Vám, že pro ustanovení komise k Vaší stížnosti s ohledem na shora uvedené nebyly shledány zákonné důvody..."**
28. 2. 2017 podnět veřejnému ochránci práv na prošetření správnosti postupu krajského úřadu – událost č. 1
29. 8. 2017 dopis na Ministerstvo zdravotnictví - prosba, podnět
29. 8. 2017 dopis paní hejtmance Mgr. Ivaně Stráské - prosba, podnět
6. 9. 2017 sdělení veřejného ochránce práv, že ochránkyně paní Mgr. Anna Šabatová Ph.D. na základě mého podnětu zahájila šetření ve věci podnětu, v němž jsem si stěžovala na způsob vyřízení stížnosti krajským úřadem
- 12. 10. 2017 PČR - usnesení o odložení - událost č. 1 a událost č. 2**
- 19. 10. 2017 PČR - stížnost proti usnesení pro nesprávnost výroků (v třídní lhůtě po obdržení)**
19. 10. 2017 **PČR - žádost o výkon dozoru nad zachováním zákonnosti při prošetřování oznámení - stížnosti i žádosti vyhověno - sdělení, že bude nově rozhodováno**
20. 10. 2017 **sdělení krajského úřadu o přijetí mých námitek postoupených KÚ paní hejtmankou Mgr. Ivanou Stráskou - krajský úřad mne bude informovat o ustanovení odborníků)- č. 1 a č. 2 - cituji: „...Odboru zdravotnictví Krajského úřadu Jihočeského kraje bylo předáno Vaše podání z 29. 8. 2017 původně adresované k rukám Mgr. Ivany Stráské. Po vyhodnocení obsahu Vašeho sdělení Vás informujeme, že v souvislosti s Vašimi některými námítkami, které jsou odborného charakteru, jsme se rozhodli k jejich zodpovězení přizvat odborníky. O ustanovení odborníků a o výsledku našeho zjištění Vás budeme písemně informovat..."**
4. 11. 2017 má prosba adresovaná politickému hnutí Občané pro Budějovice o projednání otázky - "nepoctivě vypracovávaných posudků a z nich vyplývajících nepoctivých závěrů" - zastupitelstvem
23. 11. 2017 zpětná vazba Hnutí Občané pro Budějovice k mému podnětu – ujištění, že „na kraji není nikdo, kdo by nechtěl mou záležitost prověřit korektně“
27. 11. 2017 **sdělení krajského úřadu, že ve věci mnou podané stížnosti na poskytování zdravotních služeb byli určeni odborníci v souladu s ust. §94 odst. 4 písm. a) zákona č. 372/2011 Sb. , o zdravotních službách, v platném znění, k dopracování odborného posudku a posouzení poskytované zdravotní péče - dále k posouzení, zda byl při poskytování zdravotních služeb dodržen správný postup, popřípadě k vyloučení příčinné souvislosti mezi nesprávným postupem a újmou na zdraví při poskytování zdravotních služeb**

ODBORNÉ POSOUZENÍ versus FAKTA ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

-> Krajskému úřadu i odborníkovi jsem poskytla tužkou očíslovaný opis zdravotnické dokumentace na CD – uvádím tedy čísla stran opisu dokumentace JIP ženského, ženského a infekčního odd., na kterých lze nalézt důkazy pro má tvrzení

Neexistující údaje uváděné odborníkem jako existující:

7. 7.	uvedl, že stolice nebyla – ve skutečnosti se jednalo o stolice 4 - str. 83
8. 7.	uvedl podávání Furosemidu 20mg i.v., který byl ve skutečnosti ordinován a podáván až následující den 9. 7. (str. 127-139)
10. 7.	uvedl, že koagulace byla v normě – našla jsem sice téměř hraniční, ale laboratorní odchylky u aPTT–38,1 (v) a fibrinogenu koagul.–4,88 (v) na str. 345

Neúplné údaje:

6. 7.	nenalezl v dokumentaci indikaci k podání Amoksiklavu – byla 18-24-6 na str. 97
	odborník označil zápis o výdeji tekutin jako nečitelný – ve skutečnosti je čitelný obtížně (1300ml) a svědčí pro pozitivní tekutinovou bilanci při příjmu tekutin 3600 ml – str. 100
10. 7.	saturace 85% byla při současném podávání O2 – str. 165

Údaje, které odborník neuvedl ve svém výpisu podkladů vůbec:

6. 7.	horečku 38°C – na str. str.83, str.96 a v zápisu vizity-str.97
	nenaordinování Furosemidu přesto, že předešlý den nebyl lékařem vysazen – str. 97 - 107
	tyto laboratorní odchylky : lymfocyty abs.poč.–0,5 (n), neutrofilů abs.poč.–7,9 (v), celk.bílk.-60 (n), osmolalita –314 (v), vápník –2,03 – str. 308 a 311
7. 7.	tyto laboratorní odchylky : tyč–17,0 (v), trombocyty PLT-139 (n), tromb.křivka PDW–18,4 (v) – str. 317 a 319
	nenaordinování Furosemidu při pozitivní tekutinové bilanci – str. 109 - 125
	rozšíření ATB léčby o Metronidazol – str. 109
8. 7.	horečku 38.6°C – str. 128
	tyto laboratorní odchylky : erytrocyty–3,55 (n), neutrofilní segment–82,0 (v), tyč-12 (v), lymfocyty-abs.poč.-0,5 (n), močovina-8,7 (v), vápník-1,86 (n), fosfor–0,59 (n), glukóza–10,4 (v), Quick–71 (n), aPTT–79 (v), aPTT ratio–2,48 (v), trombocyty PL –139 (n), tromb. křivka PDW–18,2 (v), trombin. čas– 22,8 (v), fibrinogen koagul.–6,01 (v), Antitrombin III–66 (n), D-dimer – 6,010 (v) – str. 323 a 325 a 327
9. 7.	potíže pacientky (v záznamu sester) – nadýmání, bolesti břicha – str. 145
	střední riziko pádu! (v záznamu sester) – str. 143 (i po přeložení z JIP na standard)
10. 7.	tyto laboratorní odchylky : erytrocyty- 3,70 (n), lymfocyty-11 (n), tyč-11 (v), metamyelocyt–1,0 (v), myelocyt–5,0 (v), plazmatická buňka–1,0 , monocyty abs.poč.–1,3 (v), anizocytóza, polychromazie, normoblast ortochromní–1/100 , močovina- 9,7 (v), kys. močová-375 (v), draslík– 3,70 (n), vápník–1,86 (n), glukóza-6,2 (v), aPTT–38,1 (v), fibrinogen koagul.–4,88 (v) – str. 341 a 343 a 345
	potíže pacientky (v záznamu sester) – pocení se, třes, (glykemie 8,1) nadýmání – str. 167
	střední riziko pádu! (v záznamu sester) – str. 165
11. 7.	tyto laboratorní odchylky : erytrocyty–3,32 (n), lymfocyty-14 (n), tyč-9 (v), metamyelocyt–1,0, myelocyt–1,0, anizocytóza, polychromazie, normoblast ortochromní – 1/100 , močovina-6,9 (v), bilirubin–3 (n), pankreat. amyláza–0,12 (n), chloridy-110 (v), draslík–3,50 (n), vápník –1,65 (n), glukóza–6,1 (v) – str. 347 a 349
	saturaci O2 80%, puls 95 – str. 175 a anémii patrnou z krevního rozboru – str. 347
12. 7.	vyžádání si analgetik pacientkou (v záznamu sester) – str. 182
	střední riziko pádu! (v záznamu sester) – str. 181
	chybné očíslování dne podávání antibiotika Amoksiklavu VI (správně VII) lékařem – str. 179
13. 7.	vyžádání si analgetik pacientkou (v záznamu sester) – str. 190

14. 7.	tyto laboratorní odchylky : erytrocyty-3,55 (n), lymfocyty-9,3 (n) – str. 351 vzestup CRP a leukocytů v porovnání s minulým rozbořem před 2 dny – str. 347 a 351 vyžádání si injekce na bolest pacientkou (v záznamu sester) – str. 195 potíže pacientky (v záznamu sester) - nadýmání a bolesti v podbřišku – str. 195 a 196 lékařský zápis o anémii – str. 193
15. 7.	fakt, že nebyla zjišťována příčina bolesti levého nártu (později došlo k jeho paréze) – str. 203 -206
16. 7.	tyto laboratorní odchylky : erytrocyty-3,40 (n), hematokrit-0,31 (n), lymfocyty-13,3 (n), trombocyty PLT - 457 (v), tromb. hematokr. PCT-3,580 (v) – str. 365 střední riziku pádu! (v záznamu sester) – str. 209 nenaordinování Fraxiparinu přesto, že nebyl předešlý den lékařem vysazen – str. 207 - 213
17. 7.	DEFINITIVNÍ POPIS CT , tedy nález stěny tračnicku v celé délce cirkulárně zesílené, s maximem v oblasti caeca a ascendens a v oblasti sigmoidea, dále kolostázy tračnicku, prosáknutí v konvexitě sakra, tekutinové kolečky pod caekem v úrovni lopaty kosti kyčelní, tekutiny v P pleurální dutině a atelektázy v plíc. parenchymu vpravo dorzobazálně. – str. 355 nenasazení léčby klostridiové infekce po nahlášení bakterie z laboratoře – str. 215 - 221 nevysazení širokospektrého ATB Klindamycinu při klostridiové infekci, který sám o sobě může způsobovat pseudomembranózní kolitidu (odborník tvrdí, že léčba byla adekvátní) – str. 215 - 221 záznam sestry o tom, že z vpichu po LS na pravé straně vytékala čirá tekutina (uvedla 3x převlečené lůžko) – str. 217 nevysazení lékařem a neobjasnění příčiny vytékající čiré tekutiny – str. 215 - 221 stěžování si pacientky na „velké břicho“ (v záznamu sester) – str. 217
18. 7.	tyto laboratorní odchylky : CRP-154,4, erytrocyty-3,14 (n), hematokrit-0,29 (n), lymfocyty-11 (n), laktátdehydrogenáza-3,74 (v), draslík-3,70 (n), vápník-1,88 (n), trombocyty PLT - 468 (v), tromb.hematokr. PCT-3,640 (v), Quick-nelze provést-Vzorek nebyl označen jménem! – str. 377 a 379 a 383 rozpor mezi zápisem vizity o 1x-4x denně formované stolici a neuvedením konzistence stolice sestrami, přičemž ale v předešlý den se sestrou zapsána stolice zelená vodnatá – str. 223 - 227
19. 7.	rozpor mezi zápisem vizity o 1x-4x denně formované stolici a sesterskými záznamy, kdy již v 6:05h (tedy před vizitou v 8:20h) zapsaly stolici zelenou kašovitou – str. 229 a 233 záznam sester o hojně zelené průjmovité až vodnaté stolici několikrát denně! – str. 234 požadavek pacientky dostat injekci na bolest a léky proti průjmu (v záznamu sester) – str. 236 záznam neurolog. konzilia o celkovém zhoršení stavu při probíhajícím infektu a dehydrataci – str. 241 zápis o zhoršeném stavu pacientky (v záznamu sester) - apatická, spavá – str. 234
20. 7.	tyto laboratorní odchylky : erytrocyty-3,30 (n), hematokrit-0,31 (n), stř.barev.kon.MCHC-308 (n), neutrofily-84,5 (v), lymfocyty-8,9 (n), osmolalita-296 (v), GGT-1,61 (v), vápník-1,78 (n), glukóza – 9,8 (v), trombocyty PLT-451 (v), tromb.stř.obj.MPV-7,5 (n) – str. 413 a 415 rozpor mezi zápisem vizity v 10:39h o 1x-4x denně formované stolici a záznamů sester, kdy už ráno ve 3:30h byla pacientka omyta od stolice – str. 247 a 253 saturaci 75%, P 112, silné pocení se, pohyblivost nulovou, apatii (v záznamu sester) – str. 254 zvýšený dohled! a vysoký stupeň závislosti! (v záznamu sester) – str. 254 a 263 ploténkovou atelektázu vpravo bazálně na rtg srdce a plíc – str. 331 záznam ve zprávě lékařky přizvané z inf. odd. - zelené páchnoucí stolice stále, nezvracela, břicho podfouklé, peristaltika spíše obleněná, není přístupné palpaci, rány po laparoskopii klidné vyjma rány v P podbřišku, která je zející, okraje však čisté, nyní bez sekrece, celkově prosáklá – str. 265
21. 7.	opětné podání Klindamycinu přesto, že byl předešlý den vysazen – str. 267 rozpor v posouzení sutur, kdy vizita v 7h opět konstatuje, že sutury jsou klidné, ačkoliv lékařka infekčního oddělení v předešlý večer uvedla ve své zprávě zející ránu v P podbřišku – str. 267 a 265 zmatenost pacientky v 7:15h (v záznamu sester) – str. 269 rozpor mezi zápisem hmotnosti v Překladové zprávě pro JIP infekčního oddělení (89kg) a hmotností zapsanou v Příjmové zprávě JIP infekčního oddělení (121kg) v časovém odstupu necelých tří hodin. Rozdíl činil 30kg! – str. 287 a str. 2 JIP infekčního odd. (překlad pacientky) Postupně přibývajících otoky, kterých si lékaři až do 21. 7. vůbec nepovšimli, tvořilo 30l vody!!!

Údaje, uváděné odborníkem v jeho výpisu podkladů pro vypracování odborného posouzení se týkají především záznamů vizit (subj. vyš. pacientky), které byly často v rozporu se zápisy sesterského personálu, zvláště v tom, že si pacientka na nic nestěžovala:

ZÁZNAMY VIZIT

5. 7.	cítí se lépe, úměrně pooperačnímu dni
6. 7.	subj. se pacientka cítí divně; již se cítí lépe
7. 7.	cítí se lépe, úměrně pooperačnímu dni
8. 7.	cítí se lépe, jinak spavá
9. 7.	cítí se lépe, jinak spavá
10. 7.	cítí se lépe, stěžuje si na bolest zad a špatné spaní
11. 7.	cítí se lépe, stěžuje si na bolest zad a špatné spaní
12. 7.	cítí se lépe, na nic si nestěžuje
13. 7.	cítí se lépe, na nic si nestěžuje, pospává
14. 7.	cítí se lépe, na nic si nestěžuje, pospává
15. 7.	cítí se lépe, na nic si nestěžuje, pospává
16. 7.	cítí se lépe, na nic si nestěžuje, pospává
17. 7.	cítí se dobře, na nic si nestěžuje, pospává
18. 7.	cítí se unavená, spavá, bez zhoršení
19. 7.	cítí se unavená, spavá, bez zhoršení, večer pobolívání břicha
20. 7.	cítí se unavená, stav idem
21. 7.	cítí se unavená, spavá, udává zhoršení potíží, pohyb s námahou

Tímto způsobem vypracované odborné posouzení mne jen utvrzuje v domněnce, že lékařské postupy v případě léčby mé maminky správné nebyly:

1. **Po příčině potíží pacientky a četných laboratorních odchylek nebylo rozhodně pátráno intenzivně a ani včas** – vyšetření provedená dne 8. 7. 2014 vyvrátila podezření na uroinfekci, přičemž až do 16. 7. 2014 k žádné další diagnostické intervenci ze stran lékařů nedošlo (**prodleva 7 dní**).
2. **Po několika pozitivních nálezech při CT vyšetření břicha** se zesílenou stěnou a kolostázou tračnicku, prosáknutím, tekutinovou kolekcí, tekutinou v pleurální dutině i atelektázami dne 16. 7. 2014 **a po potvrzení klostridiové střevní infekce s průkazem toxinu A i B (Clostridium difficile) dne 17. 7. 2014 nebyl vysazen Klindamycin** – lék, jehož možným nežádoucím účinkem je vznik pseudomembranózní kolitidy vedoucí až k toxickému střevu. Klindamycin byl podáván až do 20. 7. 2014, přičemž žádný z pozdějších nálezů neměl závažnější charakter, nežli klostridiová infekce – **nebyl tedy žádný důvod k pokračování v léčbě tímto pro zánětem postižená střeva rizikovým antibiotikem**. I ve chvíli, kdy byl Klindamycin dne 20. 7. 2014 konečně antibiotickým centrem vysazen, tak byl pacientce opětovně bez doporučení ATB centra naordinován a podán druhý den ráno před překladem na JIP infekčního oddělení.
3. **Adekvátní léčba klostridiové infekce** v podobě Vancomycinu (i když vzhledem k nevysazení Klindamycinu a bez volby dvojkombinace antibiotik s přidáním Metronidazolu při těžším průběhu klostridiové střevní infekce se léčbou adekvátní nazvat vlastně nedá) **se započala** téměř 20h po nahlášení bakterie z laboratoře, **s celkovou prodlevou sedmi dní** ode dne výskytu nezralých granulocytů a normoblastu ortochromního společně s vysokými zánětlivými parametry v periferní krvi dne 10. i 11. 7. 2014 a nedovyšetření pacientky při selhávající empirické léčbě infekce v pooperačním období.
4. **Pacientka byla přeložena na JIP infekčního odd. až 21. 7.**, kdy už po několik předešlých dní u ní **docházelo k renálnímu i respiračnímu selhávání, ke změnám stavu vědomí a samovolnému odchodu zelené páchnoucí stolice**. Byla ve stavu celkové prosáknutosti, **otoky tvořily 30kg** její hmotnosti. Až do tohoto dne nikdo z lékařů ve zdravotnické dokumentaci edém nepoznamenal. Důkazem o tom, že se otoky tvořily dlouhodoběji jsou nízké hodnoty albuminu ve všech předešlých krevních rozbořech.

UŽITÍ POJMU “ADMINISTRATIVNÍCH CHYB” ZASTÍRAJÍCÍHO ZNÁMKY NEDBALOSTI LÉKAŘŮ = NEZNALOSTI SKUTEČNÉHO ZDRAV. STAVU PACIENTKY v případě mé maminky

Překopírované zápisy a další nedostatky ve způsobu vedení zdravotnické dokumentace poukazující na lékařskou nedbalost (neznalost skutečného zdravotního stavu pacientky) nazval odborník vyhotovující odborné posouzení pouhými zjevnými a ojedinělými “administrativními chybami”:

4. POOPERAČNÍ DEN – 8. 7.

vizita v 7:15h mj. zaznamenává **naprosto identický tlak krve, puls a saturaci** ráno i při další vizitě ve 14:15h

6. POOPERAČNÍ DEN – 10. 7.

vizita v 7:10h mj. zaznamenává **naprosto identický tlak krve, puls a saturaci** jako předešlý den 9. 7. 2014 v 7:10h a udává, že pacientka je **febrilní i afebrilní** zároveň

7. POOPERAČNÍ DEN – 11. 7.

vizita v 7:38h mj. zaznamenává, že je pacientka **febrilní i afebrilní** zároveň

8. POOPERAČNÍ DEN – 12. 7.

vizita v 6:38h mj. zaznamenává, že je pacientka **afebrilní i febrilní** zároveň, flatus+

9. POOPERAČNÍ DEN – 13. 7.

vizita v 9:48h zaznamenává, že je pacientka **afebrilní i febrilní zároveň**, flatus+ a zapisuje **naprosto identický údaj srdeční akce** jako předešlý den 12. 7. 2014 v 6:38h

12. POOPERAČNÍ DEN – plánovaná dimise (propuštění) – 16. 7.

7:27h vizita (**pacientka se cítí dobře a na nic si nestěžuje (5.)**), je **afebrilní i febrilní** zároveň, hojí se p.p.i., trpí nadýmáním a má stolici)

Radiologické odd. vytisklo v 18:54h zprávu s definitivním popisem CT vyšetření, ta však nebyla po dobu dalších 5 dní zřejmě žádným lékařem zaznamenána, což dokazují tato fakta:

1. v chorobopisu je uveden jen předběžný popis (u zprávy s definitiv. popisem z radiolog. odd. datum 21.7., podpis)
2. ve své reakci na mou stížnost uvedlo ředitelství nemocnice pouze předběžný popis CT vyšetření
3. ve svém odborném posouzení vyhotoveném pro krajský úřad uvedl odborník pouze předběžný popis CT vyšetření

14. POOPERAČNÍ DEN – 18. 7.

Vizita uvádí stolici **1x-4x denně formovanou**, ačkoliv sestrou dnešní konzistence uvedena není, naposledy předešlého dne ve 23:50h, a to **zelená vodnatá se steskem pacientky- pocitu „velkého břicha“**.

15. POOPERAČNÍ DEN – 19. 7. – sobota

Vizita v 8:20h zaznamenává při objektiv. vyš., že je pacientka **afebrilní a subfebrilní** zároveň

Zápis vizity o 1x-4x denně formované stolici neodpovídá skutečnosti – evidentně jen zkopírován z minulého dne.

16. POOPERAČNÍ DEN – 20. 7. – neděle

Zápis vizity v 10:39h o 1x-4x denně formované stolici neodpovídá skutečnosti – evidentně jen zkopírován z minulého dne. Dále uvádí, že sutury jsou klidné, přičemž záznam infekčního konzilia hovoří o opaku - rána v P podbřišku je zející, stejně tak vizita ženského oddělení nezmiňuje na rozdíl od inf. konzilia celkovou prosáklost.

17. POOPERAČNÍ DEN – překlad na JIP infekčního odd. – 21. 7.

Teprve dnes lékaři přestali kopírovat 1x-4x denně formovanou stolici do zápisů z vizit a uvedli průjmovitou opakovaně – stolice odcházela již několik dní samovolně!!!

Rozdíly mezi sesterskými záznamy o ostatních potížích pacientky (bolesti břicha, nadýmání, zhoršené dýchání apod.) a zápisy z vizit ve znění „cítí se lépe, na nic si nestěžuje“ zde neuvádím.

Návrhy k dalšímu projednání

I. Posudky opomíjející zásadní rozhodné skutečnosti zdravotnické dokumentace směřující k závěru postupů lege artis

V případě nemožnosti podat žalobu a vést občanskoprávní spor – tedy možnosti účastnit se soudního jednání s jasnou argumentací napadající výroky posuzujícího odborníka (je tomu tak v případě úmrtí již dříve poškozeného pacienta, u kterého nebyla navíc provedena povinná zdravotní pitva, aby mohla být uznána příčinná souvislost) je blízký pacienta, u něhož došlo k zanedbání povinné lékařské péče odkázán jen na šetření případu krajským úřadem či policií.

Tito vycházejí z odborných nebo znaleckých posudků, často opomíjejících zásadní rozhodné skutečnosti zdravotnické dokumentace, takže i jejich závěry vyznívají v prospěch nemocnice, ačkoliv se jedná o jisté lékařské pochybení ve smyslu postupů non lege artis.

Krajský úřad se brání jakýmkoliv důkazům prokazujících odborníkově nedůslednost zamítnutím vznesených námitek (i zamítnutím svolání nezávislé odborné komise jednající za přítomnosti stěžovatele) a policie případ odkládá. Blízcí pacientů, u nichž došlo k zanedbání povinné lékařské péče, zůstávají většinou v této situaci bezradní nebo bez dalších sil hledat svědomitého a hlavně kompetentního „spojence“, který by se s nimi mohl o spravedlnost zasadit.

Odborník i znalecký ústav jsou zcela bez sankcí (nelze zde zřejmě uplatnit zákon o znalcích – pokud ano, kým, jak?).

Návrh řešení:

II. Neprovádění povinných zdravotních pitev při náhlém/neočekávaném úmrtí bez zjištění/stanovení jeho příčiny

Zkušenosti lidí, se kterými jsem hovořila, mne vedou k úvaze, že náš případ není jediným, kdy nebyla nemocnicí provedena povinná zdravotní pitva (aniž by byl vysloven nesouhlas pacienta s jejím příp. provedením), a to přesto, že se jednalo o úmrtí náhlé či neočekávané bez zjištění/stanovení příčiny.

Termín „zjištění“ považuji za ekvivalent termínu „stanovení“ – nevidím v něm podstatný rozdíl, přesto se nemocnice v našem případě odvolává na skutečnost, že „nestanovení“ příčiny úmrtí nepatří mezi zákonné podmínky provedení zdravotní pitvy (má pozn.: 1. 1. 2016 – v den úmrtí mé maminky – zněla novelizace pitevního zákona takto:

„Zdravotní pitva se provede povinně:

a) při náhlých nebo neočekávaných úmrtích, jestliže při prohlídce těla zemřelého nebylo možné jednoznačně zjistit příčinu smrti.“ V červenci 2016 byl zákon znovu novelizován, domnívám se, že právě proto, aby nedocházelo k jeho nesprávným (a pro nemocnici jistě výhodným) výkladům (i vzhledem k nemožnosti prokázat tak příp. příčinnou souvislost mezi lékařským pochybením a úmrtím).

Nemocnice zůstává bez sankce, ačkoliv nebyla provedena zdravotní pitva u pacientky s náhlým či neočekávaným úmrtím bez stanovení (zjištění) jeho příčiny.

Návrh řešení:

III. Rozhodnutí krajského úřadu o nepochybení vycházející z nedůsledně vypracovaných posudků /a usnesení Policie České republiky o odložení na základě nedůsledně vypracovaného ústavního posudku/

a

Pojem „ojedinělých zjevně administrativních chyb“ vyskytující se v odborných posudcích

Hodnocení jasných známek lékařské nedbalosti ve zdravotnické dokumentaci zneužívající termínu

“administrativních chyb” – viz náš případ – považuji za výsměch pacientům. Krajským úřadem jsou přijímána stejně tak, jako “nedůsledná či přímo podjatá odborná vyjádření/znalecké posudky” bez sebemenší snahy o ověření relevantnosti následně vznesených stěžovatelových námitek, přičemž se krajský úřad odvolává na vnitřní předpis č. SM/4/RK s tvrzením, že se nejedná o nové skutečnosti, které by mohly příp. změnit rozhodnutí o nepochybení.

Návrh řešení: žádost o pomoc adresovaná Ministerstvu zdravotnictví/Ministerstvu spravedlnosti?

2.

ODESÍLÁNÍ PACIENTŮ

S PROBLEMATICKOU STOMÍÍ
(nedostatečně vyvedené střevo nad povrch břicha)

DO PÉČE PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ

Návrh k dalšímu projednání

IV. Odesílání pacientů s problematickou stomií do péče praktických lékařů nemocnicemi

(odmítání pomoci stomickou sestrou při řešení komplikací souvisejících s nedostatečně vyvedenou stomií tak, jak se stalo v případě mé maminky)

Stomická sestra odmítla čtrnáct dní po propuštění maminky z nemocnice přijmout ji do stomické poradny v době, kdy hrozila infekce kůže v okolí vývodu v důsledku neustále podtékajících stomických sáčků při nedostatečně vyvedeném střevě nad povrch břicha s odůvodněním, že **je ředitelem nemocnice stanoven limit max. 100 pacientů**, kteří mohou být ve stomické poradně evidováni a má maminka tento limit již přesahuje.

Věděla, že v našem případě se jedná o stomii problematickou (neboť jak nemocnice ve své odpovědi na mou stížnost sama uvádí, nebylo možné vyvést střevo dostatečně nad povrch břicha), po dobu maminky hospitalizace byla kontaktována nejen sestrami daných oddělení, ale i námi s prosbou o pomoc při neustále protékajících stomických sáčcích.

Nyní jsem ji telefonicky informovala o tom, jak maminka trpí nesnesitelnou bolestí, kůže má pokrytou krvavými puchýři už z doby hospitalizace, sáčky přestaly na takto macerované kůži zcela držet a celé dva dny, dnem i nocí nepřetržitě stíráme vytékající agresivní obsah tenkého střeva za současného ošetřování okolí vývodu – nehledě na to strašné utrpení hrozila infekce.

Sestrou vznesený návrh nechat maminku hospitalizovat na ONP oddělení dané absolutně neřešil – sestry pečující o pacienty ONP pečují zároveň o pacienty rehabilitačního oddělení, odkud byla maminka propuštěna, takže by se vše jen opakovalo, a to jejich bezradnost při péči o problematickou stomii. Rozloučily jsme se s jejím konstatováním, že návštěvy u pacienta bohužel nevykonává a i tak nás stomická poradna nemůže přijmout.

Díky této zoufalé, neudržitelné situaci s odmítnutím pomoci stomickou sestrou působící ve zdejší nemocnici jsem byla nucena na sociální síti ve skupině stomických pacientů vyhledat pomoc jinde – přijela za námi stomická sestra z východních Čech a později se nás ujala Ústřední vojenská nemocnice v Praze, kde se podařilo bez větších komplikací stomii zanořit.

K otázce „limitů týkajících se počtu evidovaných pacientů ve stomické poradně stanovených ředitelem“ ani ke skutečnosti, že stomická sestra provedla při edukaci rodiny před maminky propuštěním z nemocnice nepravdivý zápis do zdravotnické dokumentace, kdy zapsala, že pacientka odmítá kontrolu (bez podpisu pacientky, bez podpisu svědků) se mi nevyjádřila ve své reakci na mou stížnost ani nemocnice, posléze ani krajský úřad, resp. odborník vyhotovující pro krajský úřad posouzení.

V ČR sice funguje organizace zajišťující mj. péči tzv. terénních stomických sester (MEDIMAT), dokonce došlo i ke zlepšení nejen ve smyslu informovanosti praktických lékařů týkající se např. předepisování stomických pomůcek – limitů apod., ale i spolupráce praktických lékařů s terénními sestrami, jenže - “problematiku pacientů s problematickou stomií” tento fakt stále neřeší.

Neměli by právě tito zůstat v péči stomických poraden nemocnice, neboť praktický lékař nemůže sám zajistit pomoc při komplikacích a do péče praktických lékařů být odesíláni jen ti, kteří „zvláštní péči“ nepotřebují?

Na základě jakého kritéria nemocnice provádí výběr stomických pacientů spadajících do evidence její poradny?

Jakým způsobem optimalizovat celou situaci, jak pomoci těmto pacientům i praktickým lékařům zároveň?

Návrh řešení:

3.

ČLÁNEK MUDr. PhDr. PAVLA ČEPICKÉHO, CSc.

“PRŮŠVIHY U PORODU”

Návrh k dalšímu projednání

V. Podpora či tolerance České lékařské komory publikovat i díla přinejmenším amorální

(článek MUDr. PhDr. Pavla Čepického CSc. v časopise Porod II s názvem Průšvihy při porodu vydaného v roce 2007 společností LEVRET s.r.o.)

Společnost LEVRET s.r.o. vydala v roce 2007 v časopise Porod II. článek MUDr. PhDr. Pavla Čepického, CSc. s názvem "Průšvihy u porodu", ve kterém tento t.č. již bývalý soudní znalec v oboru gynekologie - porodnictví mj. vysvětluje, jak správně "poupravit či přepsat" dokumentaci, stane-li se průšvih.

Tato publikace již jedenáct let slouží nejen gynekologům, ale i lékařům hraničních oborů jako studijní materiál v rámci jejich postgraduálního vzdělávání, což je v ní i uvedeno.

Cituji ze strany 103:

"Dokumentace je důkaz. Stane-li se průšvih, je zapotřebí dokumentaci zkontrolovat a případně doplnit. Při tom se děje mnoho chyb."

(Zdroj-uvedení důkazu viz níže)

Jakým způsobem zabránit "svévůli" České lékařské komory podporovat tuto amorální publikační činnost jejím schvalováním a zřejmě i udělováním kreditů?

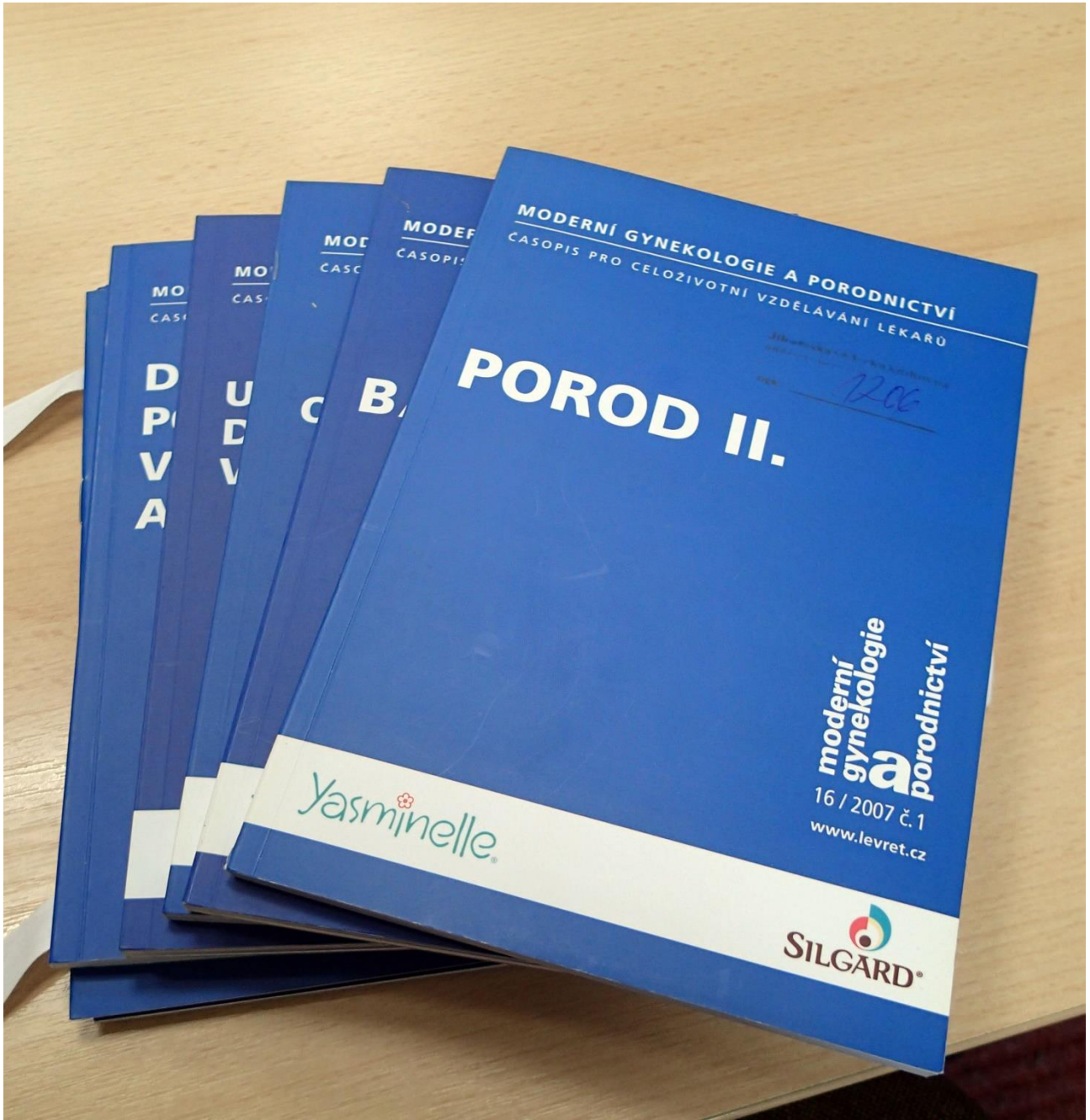
Jakým způsobem zabránit šíření podobných, řekněme "návodů" k falšování zdravotnické dokumentace?

Vrátím se k bodu č. 1 – jak uvěřit v nepodjatost soudních znalců s touto nabytou zkušeností?

Návrh řešení:

Důkaz o existenci publikovaného článku Průšvihy u porodu v časopise Porod II vydaného společností LEVRET s.r.o. v roce 2007 (pasáže nejvíce dokladující amorálnost autora článku jsem označila červeně)





PRŮŠVIHY PŘI PORODU

P. Čepický

Gynekologicko-porodnická ambulance LEVRET s.r.o., Praha

Obor gynekologie a porodnictví je oborem, ve kterém jsou lékaři daleko nejčastěji žalováni, ať již v trestním řízení či v řízení o náhradu škody. Jsou žalováni častěji než ve všech ostatních oborech medicíny dohromady. Většina těchto žalob se týká porodnictví a z nich opět většina průšvihů, které se stanou při porodu. Příčinou jsou nejspíš - a poněkud paradoxně - dobré výsledky českého porodnictví. Zatímco po II. světové válce se perinatální úmrtnost pohybovala mezi 5-7% (i to jen v ústavních porodech) (6), dnes jsme se dostali pod 0,5%. Veřejnost odvykla, že porod je riziková záležitost, která nemusí skončit dobře, a je masírována hromadnými sdělovacími prostředky, které ji přesvědčují, že porod je přirozená, ba společenská záležitost, při které se nemůže nic stát.

1 Jak průšvihům předcházet

Odpověď je banální - postupovat lege artis (2). Stěží se stane, že by někdo postupoval úmyslně non lege artis. V případném sporu však musíme prokázat, že náš postup skutečně byl lege artis.

1.1 Zdravotnická dokumentace

K tomu, abychom to prokázali, potřebujeme zdravotnickou dokumentaci. Není možno dosti zdůraznit, že zdravotnická dokumentace je pro soud důkazem (leďa by se prokázalo, že byla zfalšována, což je naprosto výjimečné). Napíše-li lékař, že hlavička plodu byla v šíři pánevní, tedy byla v šíři pánevní. Napíše-li, že v dolním děložním segmentu při císařském řezu byly rozsáhlé varixy, takže otevření dělohy bylo provázeno masivním krvácením, tedy tam byly rozsáhlé varixy. Napíše-li, že kontrakce děložní jsou slabé, tedy byly slabé. Napíše-li, že branka je tuhá a spastická, tedy byla tuhá a spastická. A tak dále, a tak podobně.

Na základě svého vyšetření a nějaké rozvahy lékař provede nějakou ordinaci (nebo eventuálně žádnou ordinaci, což je ovšem také ordinace). Je naprosto nezbytné, aby popsany nález odpovídal ordinovanému postupu. Indikuje-li lékař porod per forcipem, tedy je hlava v šíři, šev šířkový je v I. šikmém průměru, malá fontanela u č. 2 - a případně: vyšetření je ztíženo porodním nádorem (kdyby se náhodou dodatečně ukázalo, že to byla velká fontanela). Ve sporných případech není na škodu nález rozšířit nad nutné minimum. Připsat k výše uvedenému nálezu „dosahují nejvýše dolní třetiny spony stydké“ se může ukázat velmi užitečným. Dokumentace je důkaz a zde je tedy dokázáno, že lékař „hlavu v šíři pánevní“ zhodnotil správně.

Je ovšem také zapotřebí, aby popsany nález nebyl v rozporu s těmi údaji, které jsou objektivního „tvrdého“ charakteru. Na příklad: Pro „slabé kontrakce“ ordino-

postupu více kvalifikovaných lékařů, stává se argumentace žaloby, že postupovali nesprávně, obtížnou, jednak je vždy s výhodou, rozprostře-li se průšvih mezi víc lidí).

1.2 „Rozmazání“ odpovědnosti

Z dokumentace by mělo být jasné, kdo o dalším postupu rozhodl. Nezřídka se setkáváme zápisy typu „bylo rozhodnuto“, „na velké vizitě bylo rozhodnuto“ bez podpisu nebo se strojem napsaným podpisem nejmladšího sekundáře.

V této souvislosti: Jsem přesvědčen, že je-li primář na velké vizitě informován např. „přijata k plánované indukci“ a pokýve-li hlavou, není to rozhodnutí. Má-li rozhodnout, musí to učinit s plnou znalostí případu a pak i s plnou odpovědností. Pokud toto rozhodnutí chce lékař na oddělení „přehrát“ na primáře, musí ho o to požádat a primář své rozhodnutí musí v porodopisu podepsat.

(Na druhé straně, pokud primář rozhodnutí podepíše, nemůže dodatečně tvrdit, že dokumentaci neznal – i s tím jsem se setkal.)

Nezřídka se setkáváme také se situacemi podobnými takové, kdy pacientku ke sporně indikované indukci porodu jeden lékař přijme a druhý lékař pak indukci následující den provede – aniž by bylo jasné, jaká je indikace a kdo tak rozhodl.

Problémy mohou nastat při předávání služby. Setkal jsem se s případem, kdy matka byla „předána“ ve vrátnici, kde odcházející lékař po službě informoval primáře, že na sále je rodička po termínu se suspektním oxytocinovým testem. Ve skutečnosti byl ovšem oxytocinový test hrubě patologický (sinusoidní křivka) - ostatně hrubě patologické byly všechny kardiokotografické křivky natáčené během noci. Na základě této informace primář - aniž by se s rodičkou a dokumentací osobně seznámil - indikoval na ranním kolektivu indukci. Sekundář na sále zavedl Prostin a odeslal těhotnou na přípravu, během které vyhasly ozvy.

Na závěr dvě bizarní kazuistiky na toto téma.
První: Porodní asistentka nerozpoznala patologickou křivku CTG a nepřivolala lékaře, jak měla. Ten však přišel spontánně. Ani on nerozpoznal patologickou křivku CTG a nepřivolal vedoucího službu, jak měl. Ten však přišel rovněž spontánně. Ani on nerozpoznal patologickou křivku CTG a zase odešel. Po další hodině byl porozen plod, který poté zemřel na peripartální hypoxii.

Druhá: Lékař A vedl porod a nerozpoznal, že placenta není celá. Lékař B ho pak vystřídal, zrevidoval porodní poranění a přehlédl rupturu hrdla. Krvácení pokládal za hypotonii dělohy a ordinoval uterotonika, což mělo dočasný efekt. Byl pak přivolán, že rodička opět krvácí, rupturu našel a přivolal primáře, který přehlédl, že ruptura pokračuje až do klenby poševní (a, jak se později ukázalo, až do parametria) a nedostatečně ji ošetřil. Případ skončil hysterektomií.

Úvahy nad otázkou „Kdo je vinen“ ponechám na čtenáři.

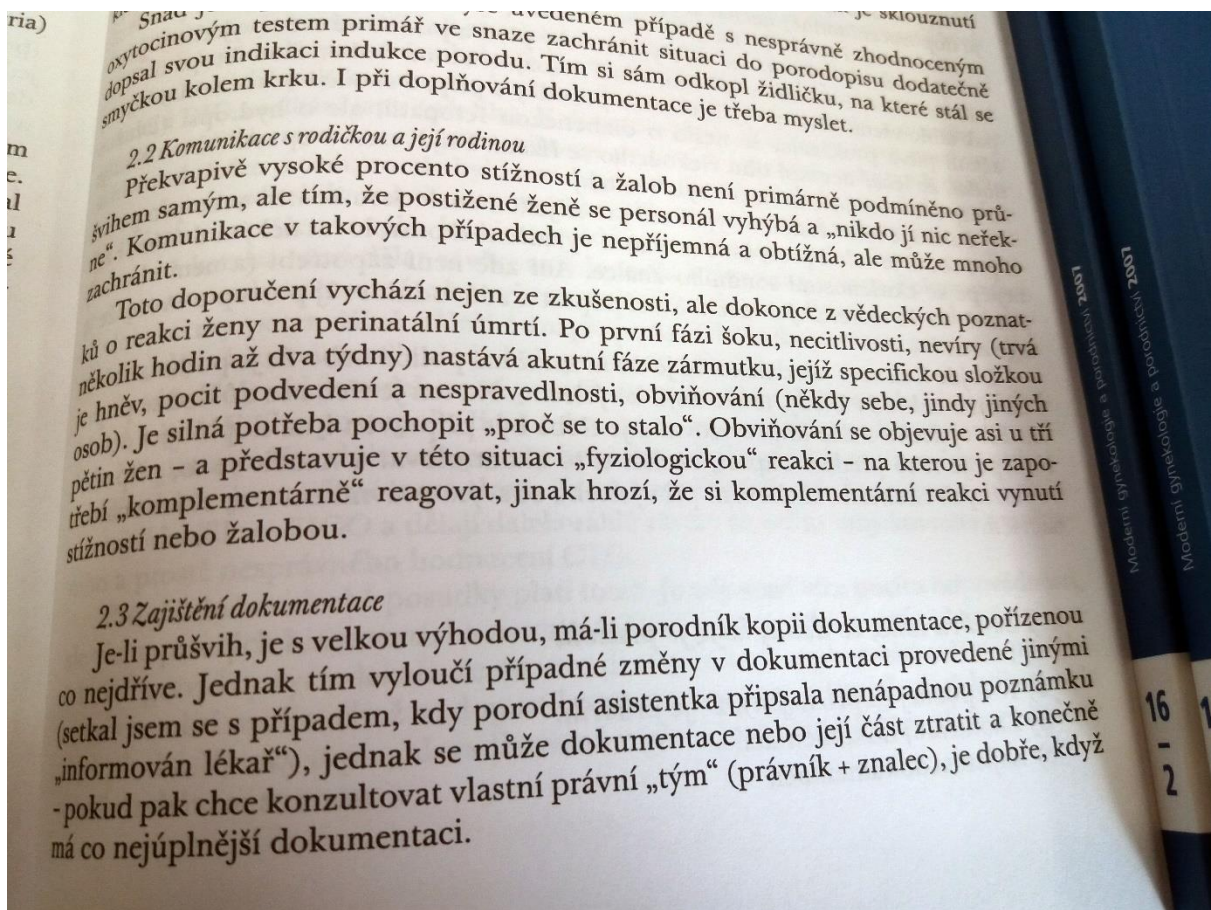
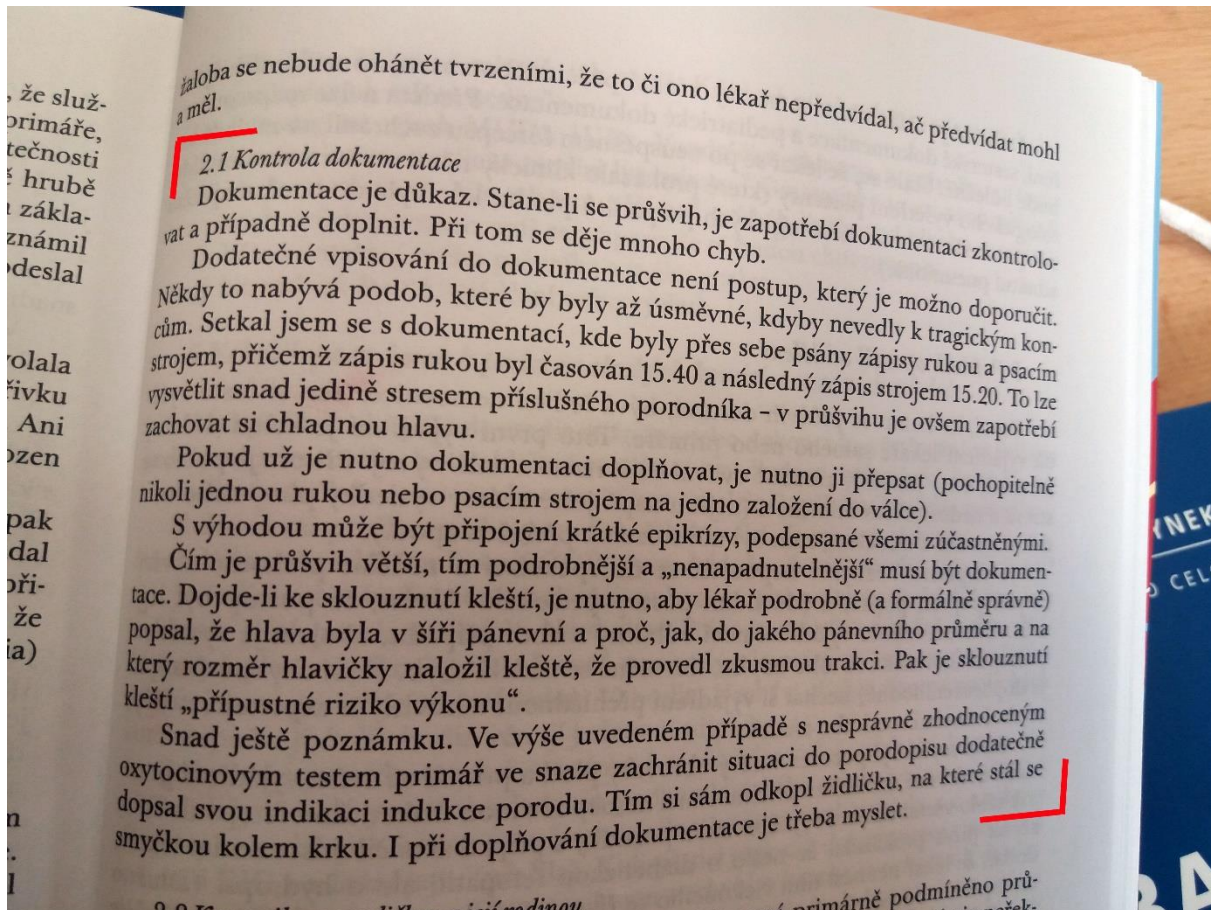
1.3 Odmítnutí vyšetření pro „nepříslušnost“

Stane se, že porodní asistentka požádá o vyšetření lékaře, který se na porodním sálu vyskytl náhodou, zatímco lékař odpovídající za porodní sál je v tu dobu jinde. Je velmi riskantní vyšetření odmítnout a odkázat na příslušného lékaře. Posuzoval jsem případ, kdy si porodní asistentka stěžovala lékaři, který psal operační vložku po císařském řezu a na sál nepříslušel, že ji rodička pokousala a že si stěžuje na kruté bolesti (rodička, nikoli pokousaná asistentka). Lékař ji odkázal na lékaře „příslušného“, který v té době prováděl ultrazvuk jiné těhotné. Šlo o abrupci placenty a deseti-minutové prodloužení, ke kterému došlo, patrně způsobilo nitroděložní smrt plodu.

Z tohoto pohledu představují vysoce rizikovou skupinu „kamarádky“ či V.I.P. rodičky. Pokud „jejich porodník“ není náhodou přítomen, ostatní se ostýchají do porodu zasáhnout, což příležitostně může mít tragické následky. V jednom z prvních porodnických průšvihů, které jsem posuzoval, čekali hned dva lékaři na to, až třetí, s kterým byla rodička o porodu domluvena, přijde a provede forceps. Ten posléze přišel a provedl, vybavil ovšem těžce hypoxické dítě, které následně zemřelo.

2 Bezprostředně po průšvihu

Zásadní a mnohdy rozhodující je, aby lékař vůbec rozpoznal, že to, co se stalo, je průšvih. Až pozoruhodně často to lékař nerozpozná. Mrtvé dítě a matka po hysterektomii byla nešťastná náhoda, které nemohl zabránit. Snad byla. To ale neznamená, že případ neskončí stížností nebo žalobou, a to neznamená, že ve většině takových případů se pak nenajdou nedostatky v dokumentaci nebo sporná rozhodnutí a že



Důležitá je celá dokumentace, tj. včetně péče v těhotenství, konziliárních vyšetření, sesterské dokumentace a pediatrické dokumentace. Předem nelze rozpoznat, co bude důležité. Stalo se, že lékař se po neúspěšném forcepsu zachránil na základě histologického vyšetření placenty (které prokázalo klinicky němou chorioamnionitidu, což pak vedlo k revizi histologických preparátů plodu, kde byla dodatečně zjištěna adnatní pneumonie).

3 Průšvih opustil oddělení

První, ke komu se průšvih dostává, bývá ředitel nemocnice. Ten si často vyžádá vyjádření lékaře samého nebo primáře. Toto první vyjádření je velmi důležitý materiál, který mnohdy zásadně ovlivní další řízení a další vývoj. Přitom je psáno ve stresu a nedostatkem informací (nejsou např. ještě známy výsledky pitvy nebo není dokumentace z oddělení, kam byl novorozenec přeložen apod.).

Je naprosto nezbytné nepouštět se do spekulací a nedělat překotné závěry. Případ popsat, popsat a zdůvodnit postup personálu. Uvést, že postup byl lege artis. Úkolem tohoto vyjádření není odborný rozbor případu, úkolem je vysvětlení postupu. Čím méně se toho napíše, tím méně se nadělá chyb. Není chybou (naopak je doporučeníhodné) nechat si vyjádření přehlédnout nezávislým expertem, nejlépe se zkušenostmi soudního znalce.

Stalo se, že byl porozen mrtvý obrovský plod a primář ve svém vyjádření poněkud zkratkovitě označil za příčinu smrti nerozpoznanou diabetickou fetopatii. To se pak táhlo všemi dalšími vyjádřeními a posudky a případ skončil odsouzením lékaře, ačkoli pitva prokázala, že nešlo o diabetickou fetopatii, ale o hydrops. (Dlužno dodat, že lékař neunesl tíhu vlekcujícího se řízení. Přijal trest a opustil obor. Naděje na úspěch v odvolacím řízení byla reálná.)

Pokud je lékař žádán o vyjádření pro nějakou znaleckou komisi nebo pro policii či pro soud, je velmi prospěšné nechat si vyjádření zkontrolovat někým dalším, i zde nejlépe se zkušenostmi soudního znalce. Ani zde není zapotřebí (a není vhodné) pouštět se do teoretických úvah. Stačí popsat a zdůvodnit svůj postup a uvést, že je lege artis.

Dojde-li situace tak daleko, že je do ní zatažena policie nebo že je podána žaloba v řízení o náhradu škody, může dojít k výsledku. Na ten je třeba se důkladně připravit. Při výsledku nelze improvizovat a je třeba být připraven i na doplňující otázky. Nejlépe je si to předem napsat, nechat si to zkontrolovat a naučit se to, případně, ve složitých situacích, si chování při výsledku se svým právníkem a se svým znalcem nacvičit.

4 Souhrn toho, co dělat, když je průšvih

- a) Rozpoznej (a přiznej si), že je průšvih.
- b) Zkontroluj dokumentaci.
- c) Zajisti si dokumentaci.

- d) „Nemluv. Když už mluvíš, tak nepiš. Když už píšeš, tak nepodepisuj. Když podepisuješ, tak se nediv.“
- e) Pamatuj na výrok MUDr. JUDr. Vondráčka, chirurga a právníka: „Homo homini lupus, medicus medici lupissimus.“ Gramaticky to asi není správně, ale je to výstižné. Nic tak nepotěší než průšvih jiného, od nikoho ze zúčastněných nečekej pomoc, spíš se připrav, že tě budou chtít potopit.
- f) Včas kontaktuj svého právníka a svého znalce.
- g) Nepodceň žádné vyjádření nebo výslech.

5 Několik poznámek k práci znaleckých komisí a soudních znalců

Když průšvih dospěje do stadia stížnosti nebo dokonce k vyšetřování policií pro podezření z trestného činu ublížení na zdraví z nedbalosti, případně k žalobě o náhradu škody (někdy se to všechno rozběhne paralelně), přijdou ke slovu posudky. Rukama mi prošlo mnoho posudků. Dlužno říci, že mi je z nich často smutno. Na českokrumlovské konferenci ČGPS jsem řekl, že „úroveň znalců je prostřední“ (1). Je to lichotivé hodnocení. Bohužel, pokud se týká práce znaleckých komisí, je to zhusta ještě problematičtější. Není divu. Práce je to velmi náročná a mimořádně špatně placená. Snad jsem už starý a pomalý, ale práce na jednom průměrném porodnickém posudku mi trvá kolem 10 hodin. Necht si všichni členové znaleckých komisí spočítají, kolik hodin věnují jednomu případu oni.

Jedna věc je nedostatečné seznámení s případem. Tak znalecká komise řeší případ, kdy z malé porodnice byla do perinatologického centra přeložena těhotná dvojčaty, z nichž pak krátce po převozu jedno intrauterinně zemřelo a u matky se rozvinul DIC a selhání jater (přežila). K dispozici je pouze dokumentace z oné malé porodnice. Dokumentace z Centra nikomu nechybí a komise je ochotna k dalekosáhlým závěrům o tom, co vše bylo non lege artis (ne, že by ledacos nebylo, ovšem nic z toho nezpůsobilo ani virovou myokarditidu u dvojčat, ani selhání jater u matky - ostatně, o ničem z toho komise nevěděla neb dokumentaci z Centra neměla). Pokud už komise musí dělat závěry aniž by měla k dispozici úplnou dokumentaci, je naprosto nezbytně nutné, aby vyjmenovala vše, z čeho vycházela - a pokud chybí dokumenty potenciálně důležité (např. pediatriká dokumentace, pitevní nález apod.), aby výslovně uvedla, že je k dispozici neměla.

Druhá věc je, že posudek nemá pranýřovat pracoviště či lékaře za každou odchylku od „optimálního postupu“ (či od toho, co za „optimální“ považuje autor posudku). Má pouze zdůvodnit, zda postup byl nebo nebyl v mezích postupu lege artis.

Třetí věc jsou věcné neznalosti. Je až neuvěřitelné, jak často členové komisí neznají klasifikaci FIGO a dělají dalekosáhlé závěry ze svého subjektivního, intuitivního a prostě nesprávného hodnocení CTG.

Pro soudně znalecké posudky platí totéž. Je zde snad více pocitu odpovědnosti, ale víc naprostých bizarností, ba nesmyslů. Co si myslet třeba o znalci, který u potěrné gravidity vyčte lékaři, že neprovedl step-test a dopplerovské měření průtoku arteria cerebri media, čímž se dopustil postupu non lege artis, jehož výsledkem byla smrt plodu. Výroky typu „hlava fixovaná v pánvi je rizikový faktor při porodu kleštěmi“ nechávám stranou.

4.

REPORTÁŽ V POŘADU „OČIMA JOSEFA KLÍMY“

ze dne 29. 6. 2017

(videozáznam příp. k dispozici)

Návrh k dalšímu projednání

VI. Vedení zdravotnické dokumentace v elektronické i tištěné podobě

(nekorespondující údaje ve zdravotnické dokumentaci vedené elektronicky i ve formě tištěné)

V jedné z reportáží pořadu Očima Josefa Klímy vztahující se k případu mé maminky se nemocnice k otázkám, které položil pan redaktor Daniel Janoch, nechtěla navzdory mnou nabídnutému souhlasu s poskytováním informací vyjadřovat.

Pan doc. MUDr. František Vorel, CSc, primář soudnělékařského oddělení pouze konstatoval, že u této pacientky - mé maminky - k žádnému pochybení nedošlo, stejně tak, jako se snažili doposud uzavřít případ posuzující odborníci.

Dále pan doc. MUDr. František Vorel, CSc. zodpověděl redaktorem položený dotaz týkající se kompromitujícího materiálu pana MUDr. PhDr. Pavla Čepického, CSc., kdy tvrdil, že v této nemocnici k falšování zdravotnické dokumentace docházet nemůže z jednoho prostého důvodu – nemocnice využívá nemocničního informačního systému, takže nelze jednou vložené údaje přepisovat nebo dodatečně doplňovat.

Přesná citace slov pana docenta Františka Vorla zní:

„Není to možné proto, že vedeme zdravotnickou dokumentaci v nemocničním informačním systému a teprve poté je ta zdravotnická dokumentace vytištěna a nikdo nemůže upravit časy ani zápisy v nemocničním informačním systému uvedené dodatečně...“

Musím s politováním konstatovat, že pan docent sice pravdivě poinformoval diváky o vedení zdravotnické dokumentace v elektronické podobě, **nedodal však, že tato posléze vytištěná je běžně doplňována o zápisy rukopisné či strojopisné tak, jak je patrné například právě z opisu zdravotnické dokumentace mé maminky.**

Ve skutečnosti to tedy znamená, že riziko „následných úprav“ – kupř. doplnění indikace některého z vyšetření či zapsání léku do rozpisu medikace – není faktem užívání nemocničního informačního systému nijak rozptýleno.

Jakým způsobem zabránit riziku dodatečných úprav zdravotnické dokumentace, stane-li se průšvih, minim tak v obecném měřítku?

Neměla by podoba elektronicky vedené zdravotnické dokumentace korespondovat s podobou dokumentace tištěné a pokud ano, proč se ve zdravotnické dokumentaci mé maminky objevují rukopisné i strojopisné zápisy a žádný z posuzujících odborníků se nad tímto faktem nepozastavil?

Vyplývají z aktuálního znění zákona o zdravotních službách nějaké sankce za rozdíly ve vedení zdravotnické dokumentace v podobě elektronické i tištěné tak, aby mohlo být eliminováno dodatečné vpisování údajů (indikace k vyšetřením, rozpis medikace apod.) v případech, kdy se jedná o podezření ze zanedbání povinné lékařské péče?

Návrh řešení:

Pacientka: E [redacted] Narozena: [redacted]
Pojišťovna: 111 Číslo pojištění: [redacted] Rodné číslo: [redacted] Č. chor. [redacted]
Datum přijetí: 02.07.2014 08:47 Diagnóza: C549 - ZN -tělo děložní - corpus uteri NS

03.07.2014 07:07 Vizita

Pacientka přichází k operaci pro ca endometria T1a - žádá LPSK řešení

K1 IO D⁹

Ordinace :
Amlodipin 5mg tbl 1-0-0
Tritace 10mg tbl 1/2-0-0
1 Tenaxum 1mg tbl 0-0-1
Insulin Actrapid 14-18, 14/s.c.
Insulin Levemir dle ak. glykémie NN
Neuro 1/2-0-0
Hypnogen 1tbl 0-0-1 NN

2 gl. profil
příprava k operaci , indikace

3 03.07.2014 09:01 Denní vizita

vulva povzha bpn, čípek nekrvácí děloha napřímená, norm vleikosti jeví se volná, okolí bez hmatné rezistence, poněkud hůře prohmatné, parametria se jeví volná. Preferuje LS řešení.
ad LAVH + AE bíla + lavage

4 MUDr. [redacted]

5 1. Expanze - ql uel s.c. ve 20^o hod -
Amesilav 1,2 g i.v. ve 14.

MUDr. [redacted]
[redacted] + [redacted] ledním

6 MUDr. [redacted]

7

8

06.07.2014	JMÉNO	centrální káteetr	den
2/10	Rodné číslo	kanyla periferní	3 den
Day pobytu	Poj: 111 6T3	močový katetr	3 den
	Prn C.549 ZEOJ		

Vyšetření (zaškrtnout a dopsat!!)	Epi LAVH + AE billat lavage stř. operaci timoru mozku DM II na inzulinu, Hypertenze	Dieta:	K: 3/7 b (dospělý)
nitro: EKG 06.07.2014 07:20 Denní vizita		0/9	TISS: b (dospělý)

Infuzní pumpa Epi: Pac. 2. den po LAVH + AE billat., lavage, s pooper překladem na ARO / in anamn komplikace u předchozích anestezii / zatím přiměřený pooperační průběh

přísobit: ymetr po hod.
P po hod.

jem, výdej 4x za 24 hod.

léčb - STATIM:

ochémie séra
s. PTL 0,4
s. PTL 0,45

strup

loč - odpad / 24 h

lykemický profil

ozgulační vyšetření

06.07.2014 13:37 Denní vizita

Léky podati

s. Bc. [redacted]
s.

Už ledová

7:00 při vědomí, TT 37,8, eupnoe nezvrací, nekašle, subj se cítí "divně", pocit, že se nemůže dobře dodýchnout, glykémie 13,8, EKG v normě, obj je při vědomí, orientovaná časem i prostorem, bez cyanosy, nemá vynucenou polhu sut i břicho klidné, nesákne, DK bez TEN, moč čirá, TK 150/70, P plný 98 SpO2 96%, O2 inhaluje, v redonu 50ml serosang flatul +/-

7:25 - již se cítí lépe, odběry krve dr. [redacted]

Už ledová v odsahuje

Fraxiparine multi 0,4 ml s.c. ve 10h

Dipidolor 1 amp.sc. při bolestin aplikován dnes cca v 1:00 - dále již EX

13:35 opět pocit na omdlení, nekašle, eupnoe, nezvrací, TT 37,8, glykémie 14,1, EKG natočeno inf. Paracetamol KABI 100ml iv. při bolesti 8h, obj je při vědomí, orientovaná časem i prostorem, bez cyanosy, nemá vynucenou polohu kapat 30 min. 1/1/1 sut i břicho klidné, nesákne, DK bez TEN, moč čirá, TK 130/90, P plný 115 Torecan 1 amp. im. při nevolnosti 8h 1-1-1 SpO2 99%, O2 inhaluje 6l/min

- objednáme konsilium na kardiologii

Uvedená osoba blizká informována o zdravotním stavu.

Amlodipin 5mg tbl C-0-0
MUDr. V. [redacted]
Tenaxum 1mg tbl C-0-0
běžně má insulin Actrapid 14 (12) s.c.
Insulin Levemir die ak. glykémie NN
Neuroi 1/2 C-0-0
Hypnogen 1tbl C-0-0 NN

Užný Humulin R 8j s.c. a dále INZ upravovat dle gly profilu

statim KO, CRP a biochemie séra + BUA
redon EX

1000 dle Rehabilitace
MUDr. [redacted]

uální analogová škála

bolest

17.15 17.15 17.15
Nešesitelná

4.4.14 Den číslo pobytu 2	JMÉNO	Poj: 111 6T3 Ž	centrální katetr	den
	Rodné číslo		kanyla periferní 2x	den 4
			močový katetr	den 4

Vyšetření (zaškrtnout a dopsat!!)	Epi LAVH + AE GILL. La sage M. p. operace kumaru mocha M. p. ke mocha, hypotenzie	Dieta: 0/9	K: 3 (JIP 1. den dospělý)
			TISS: 0067 b (dospělý)

inf: EKG 07.07.2014 07:29 Denní vizita PRIMÁRSKÁ VIZITA 7:15 S: cítí se lépe úměrně pooperačnímu dni, eupnoe, nezvrací O: orientovaná, břicho měkké, sutury klidné, hojí se p.p.i., nekrváčí, KP komp. TK 140/70, P 80', DKK bez TEN, afebrilní, mikce foley čirá Epi: Pac. 1. den po LAVH + AE billat., lavage, s pooper překladem na ARO / in anamn komplikace u předchozích anestezií / v pooperačním průběhu ataka halucinací, konzultováno. Fraxiparine multi 0,4 ml s.c. ve 10h I. APROXIKAV 122 iv. 2ph 6-11h Tralgit 100 mg im. při bolesti á 6h 1-1-1-1 inf. Paracetamol KABI 100ml iv. při bolesti á 8h kapat 30 min. 1-1-1-1 Torecan 1 amp. im. při nevolnosti á 8h 1-1-1-1 Amlodipin 5 mg tbl 1-0-0 Triatace 10 mg tbl 1/2-0-0 Tenaxum 1 mg tbl 1-0-0 Actrapid 44-18-14 s.c. Insulin Levemir dle ak. glykémie 10-12h s.c. NN TRIAPRAL 1 amp. iv. 14-12-15 Rehabilitace dnes psychiatrické konzilium MUDr. [redacted] I. METRONIDAZOL 1g iv. 12-14h á 500 mg iv. 2ph 22-6-14 MUDr. [redacted] F/1500 ml iv. po 12h D. [redacted] Levemir 8 j. s.c. ve 21.00 D. [redacted]	inf: 07.07.2014 14:13 Denní vizita 14:00 S: spává, kontakt naváže, eupnoe, nezvrací O: orientovaná osobou, břicho měkké, sutury klidné, hojí se p.p.i., nekrváčí, KP komp. TK 145/70, P 80', DKK bez TEN, febrilní, mikce foley čirá inf F/11 1000 ml iv. chladný, kapat 4h ZITRA MOCHA NA CTG MUDr. [redacted]
--	---

isovat: metr po hod. P po hod. m. výdej 4x za 24 hod. č - STATIM: chemie séra rup č - odpad / 24 h kemický profil rgulární vyšetření Fyzioterapie 12 Cas [redacted]	léky podána: S. Br [redacted] S. S.
---	--

lini analogová škála	Nesnesitelná bolest
----------------------	---------------------

CRP z 8/7 14
213,3 11
LEUKO 6,9

07. 2014

Def. pěst. 5/14

JMÉNO [redacted]

Rodné číslo [redacted]

Poj: 111 6T3

Di: C549 ZEQJ ... Z.

v. subcl. de trio (2)

centrální katetr / den

kanyla periferní / den

močový katetr 6 den

Vyšetření (zaškrtnout a dopsat!!)

Epi LAVH + AE billat. lavage
stř. operaci tomoru mozku
DM i na inzulinu, hypertenze

Dieta: 9

K. (JIP) den dospělý
TISS b (dospělý)

In 09.07.2014 07:26 Denní vizita

7:10 S: cít se lépe, jinak spává, eupnoe, nezvrací
O: orientovaná osobou,
břicho měkké, sutury klidné, hojí se p.p.i.,
nekrváčí, KP komp. TK 175/80, P 82, SpO2 95%
febrilní, mikce foley čirá

Th: DKK bez TEN,

Epi: Pac. 5. den po LAVH + AE billat. , lavage, s pooper překladem na ARO / in
anamn komplikace u předchozích anestezii / v pooperačním průběhu ataka
halucinací, konzultováno. Elevace CRP 260, a febrilie

Fraxiparine multi 0,4 ml s.c. ve 00h

IV. Amoksikav 1,2 g iv. á 8h 6-14-12h

III. Metronidazol 500 mg iv. á 8h 18-6

Tralgit 100 mg im. při bolesti á 6h
1-1-1

Paracetamol KABI 100ml iv. při bolesti á 8h
kapat 30 min. 1-1-1

Torecan 1 amp. im. při nevolnosti á 8h
1-1-1

Amlodipin 5 mg tbl 1-0-0

Triatace 10 mg tbl 1-0-0

Tenaxum 1 mg tbl 1-0-0

Actrapid 1-18-14 s.c.

Insulin Levemir dle ak. glykémie 10-12 j. s.c. NN

FUROSETID 20 mg i.v. - 1x

Tiaprida 1 amp i.v. 1x

Rehabilitace
překlad na patro
MUDr. [redacted]

21 TRAK / 130 CHEMIE [redacted] STAN T

KONTROLA PŘI JETI VÍDEJ

TEKUTIN [redacted]

Léky podána:

S. 09.07.2014 11:39 Denní vizita

11:39 Dle udání rodiny měla mít pac. po operaci me...

2006 roční kontroly MR s následnou neurochirurgickou kontrolou. Od r. 2008 se však nikam nedostavila. Konzultována neurochirurgie, vhodnější by bylo MR, ale vzhledem k obsazenosti zatím jen CT s kontrastem. Ztra potom neurochirurgické konzilium, domluvit na tel. 6011.

Pacientka se nyní bohužel částečně najedla, aplikováno inzulínu dle jejího rozpisu. [redacted] KONTROLA

pac. dále lační, inf. G 5% 500 ml iv., glykémie 9,30, dle toho další postup

MUDr. [redacted]

Uvedená osoba blízká informována o zdravotním stavu.

99



5.

**„ZTRÁTY“ DŮKAZNÍCH MATERIÁLŮ
BEZ JAKÉKOLIV SANKCE PRO NEMOCNICI**

Návrh k dalšímu projednání

VII. Mediálně známý případ paní Dagmar Vaňkové bojující za spravedlnost pro své dítě

(jeden z mnoha podobných)

Jakým způsobem pomoci v případě paní Dagmar Vaňkové s více než podezřelou kombinací ztráty vzorků placenty, pupečnickové krve i části zdravotnické dokumentace s popisem placenty, kdy v důsledku těchto „ztrát“ nebylo možné prokázat při soudním sporu lékařské pochybení a celý spor nakonec vyzněl v prospěch nemocnice?

Jsem přesvědčena o tom, že pokud by existovaly sankce za „poztrácení“ hned několika důkazních materiálů najednou právě u toho z pacientů, který vede (nebo jeho zákonný zástupce) **občanskoprávní spor** na základě žaloby ve smyslu zanedbání povinné lékařské péče, kdy nemocnice tyto ztráty vysvětluje různými událostmi jako je stěhování nebo nenadálý požár, **tak by mohl být fakt nemožnosti doložit důkaz** v podobě zdravotnické dokumentace, vzorků placenty, vzorků pupečnickové krve apod. u soudu **alespoň zčásti eliminován.**

Návrh řešení:

6.

ČASTÉ STRÍDÁNÍ OŠETŘUJÍCÍCH LÉKAŘŮ

PACIENTA

NĚKDY I S DŮSLEDKEM

ABSOLUTNÍ NEZNALOSTI ANAMNÉZY

Návrh k dalšímu projednání

VIII. Střídání ošetřujících lékařů pacienta po dvou, maximálně třech dnech

Během maminky celé hospitalizace, kdy byla překládána postupně z jednoho na další čtyři oddělení, jsem se nejednou setkala s faktem, že ošetřující lékař neznal vůbec její anamnézu, dokonce ani současný zdravotní stav. Sama jsem jej musela o všem informovat.

Nevím, zda tento způsob rozpisu služeb praktikují všechny nemocnice nebo jen ta naše, ale rozhodně jej považuji za velmi „rizikový“ nejen směrem k pacientovi, ale i ve svém důsledku i k lékaři.

Jak dopřát pacientům lékaře, kterému „čas dovolí“ se dostatečně seznámit s anamnézou i zdravotním stavem „svého“ pacienta, čímž by se docílilo i lékařovo pocitu větší zodpovědnosti?

Návrh řešení:

Zpracováno ke dni 23. 1. 2018
Autor: Eliška Štefková

eliska.stefkova@gmail.com
<https://pod-poklickou-ceskych-nemocnic.webnode.cz/>