

# Analýza soudních sporů z našeho oboru ...

Vladimír Černý

Klinika anesteziologie, perioperační a  
intenzivní medicíny  
Univerzita J. E. Purkyně  
Masarykova nemocnice  
Ústí nad Labem, IPVZ Praha

Centrum pro výzkum a vývoj  
Fakultní nemocnice Hradec Králové

Dept. of Anesthesia, Pain Management  
and Perioperative Medicine  
Dalhousie University, Halifax, Canada

Klinika anesteziologie, resuscitace a  
intenzivní medicíny  
Univerzita Karlova v Praze  
Lékařská fakulta v Hradci Králové

... a jak se z nich poučit pro vlastní praxi

# Upozornění úvodem 1

Tento blok **NENÍ** manželská poradna  
pro prevenci stížností a sporů v našem oboru

## Upozornění úvodem 2





„Informace o potenciálním konfliktu zájmů“

*prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM*

Spoluzakladatel a jednatel

1. soukromého znaleckého ústavu v ČR

## Cíle bloku

- 1) Odborná diskuze k případům, které byly předmětem znaleckého posouzení
- 2) Shrnutí nejčastějších příčin, stojících v pozadí kauz, kde byl postup vyhodnocen jako “odborně nesprávný”
- 3) Přispět k naší dovednosti formulovat odborné názory



## Cíle bloku

- 4) Posílit reálné vnímání pojmu “bezpečnost péče v naší praxi”
- 5) Přispět k tomu, abychom se do takových situací nedostávali, jelikož ...

*Jakákoliv stížnost na nás  
osobně vede vždy k*

***ovlivnění kvality našeho  
života, bez ohledu na  
konečný výsledek  
stížnosti/sporu/soudního  
líčení***





# Cíle bloku

6)

Podělit se o moje zásady v profesním životě a oboru

## **Můj postoj se odvíjí od ...**

- 22 let praxe soudního znalce (“obor zdravotnictví, odvětví různá se specializací **anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicína**“)
- 200++ posudků pro státní orgány, právnické a soukromé osoby v ČR a zahraničí



## **Můj postoj se odvíjí od ...**

- Klinická praxe 30 let v ČR a práce v zahraničí (USA, Saudská Arábie, Kanada)
- Privátní anesteziologická praxe v ČR
- Pacient (4x anestezie) a subjekt stížnosti pacienta (1x)



# Obor Anesteziologie a intenzivní medicína

*v čem jsme dobří a obsazujeme špičkové pozice ?*

# Obor Anesteziologie a intenzivní medicína

*v čem jsme dobří a obsazujeme špičkové pozice ?*

***Mj. v žebříčku oborů, které jsou  
nejčastěji cílem soudních sporů a  
stížností***

# Obor Anesteziologie a intenzivní medicína

## **the specialties sued most often are:**

1. OB-GYN and women's health — 85 percent of these specialists surveyed have been sued
2. Surgery — 83 percent
3. Orthopedics — 79 percent
4. Radiology — 72 percent
- 5. Anesthesiology — 58 percent**
6. Internal medicine/family medicine — 46 percent
7. Oncology — 34 percent



# Obsah

1. Dva klinické případy
2. Co je většině případů společné ?
3. Jak ovlivnila znalecká činnost můj život ?

*+ upozornění na jednu “opomenutou” oblast při získávání IS*

## K prezentovaným případům

- ✓ Nikdy nehledáme “vinu”, ale diskutujeme o správnosti odborného postupu
- ✓ Vše musí být vždy hodnoceno z pohledu “ex ante” a nikoliv “ex post”
- ✓ Vše musí být vždy hodnoceno z pohledu stavu odborného poznání v tzv. předmětné době události



# Klinický případ 1

Zástava oběhu s následným  
těžkým hypoxickým postižením  
mozku po ERCP

*Byla sedace a následná péče  
prováděna odborně správně ?*



# Struktura a pravidla diskuze ...



- Prezentace klinického případu
- Případné dotazy k upřesnění klinického průběhu
- Váš názor a diskuze k případu
- Jaký byl závěr znaleckého posudku

# Popis případu 1/1

Muž, 60 let

Podle dokumentace byly u pacienta před hospitalizací uváděny následující choroby/patologické stavy:

- hypertenze (zvýšený krevní tlak)
- dna (zvýšena hladina kyseliny močové s klinickými projevy)
- snížená funkce štítné žlázy na substituční terapii
- astma bronchiale

Před přijetím do nemocnice pacient udával obtíže typu "bolesti v nadbříšku" a pro nález rozšíření žlučových cest byl pacient indikován k výkonu tzv. ERCP (= Endoskopická Retrográdní CholangioPankreatografie, toto vyšetření má velký význam v gastroenterologii, dají se jím určit mnohá onemocnění žlučových cest a slinivky břišní a dá se jím provést i řada léčebných zákroků).



# Popis případu 1/2

## □ Provedena ERCP v analgosedaci

Podle dokumentace byly podány:

- *"Dormicum 5 mg + Fentanyl 1 ml + Buscopan 40 mg + Glukagon 1 amp iv."* jako tzv. premedikace
- *"1 ml Fentanyl"* dále nečitelné, *"Dormicum 2 mg a Glukagon 1 amp iv."* podány v průběhu vyšetření

## □ Po výkonu pacient převezen mimo endoskopický sál, kde byl pod "intermitetním" dohledem endoskopické sestry a měl "oxymetr"



# Popis případu 1/3

- “Náhle nalezen” se známkami zástavy oběhu (asystolie)
- Zahájení KPR, ROSC 13 minut
- Konečný klinický výsledek = těžké hypoxické poškození mozku

*Jak byste případ hodnotili vy ?*



V dokumentaci jsem nenalezl žádný údaj o sledování základních fyziologických funkcí pacienta v průběhu podávání farmak, během vlastního výkonu ani v období po skončení výkonu, což zásadně ztěžuje (vy)hodnocení průběhu komplikace. K dispozici je pouze údaj *"Vyšetření 11.50-12.30 hod."*

Nicméně na základě klinické praxe zastávám názor, že zástava oběhu byla (s maximální pravděpodobností hraničící s jistotou) výsledkem nedostatečného zásobení organismu kyslíkem jako projevů vlivu podaných farmak, zejména kombinace Dormicum a Fentanyl. Ten problém není ve vzniku zástavy oběhu, ta může nastat u kohokoliv a kdykoliv, ale v tom, že nebyly sledovány základní fyziologické funkce pacienta. Jinými slovy, lékaři nemohou garantovat to, že k zástavě dechu či oběhu nedojde, ale musí garantovat, že případné odchylky fyziologických funkcí (ke kterým může v souvislosti s podanými farmaky vždy dojít) budou včas detekovány a identifikovány a umožní případnou včasnou léčebnou intervenci, to je hlavní smysl monitorace u těchto výkonů.

## **9. Lze objektivně konstatovat, Došlo při poskytování zdravotních služeb ... k odbornému pochybení ... ?**

Zastávám názor, že adekvátní monitorace pacienta by umožnila včasnou detekci odchylky/odchylek fyziologických funkcí, které obvykle zástavě oběhu předchází. Odborné pochybení vidím v absenci systému/naplnění pravidel bezpečné péče po podání farmak s potenciálem ovlivnění základních fyziologických funkcí pacienta. Nelze formulovat, že by při adekvátní monitoraci nemohlo dojít k zástavě oběhu, lze ale formulovat, že adekvátní monitorace by umožnila včasnou detekci zhoršení klinického stavu pacienta a umožnila nasazení všech případných léčebných intervencí.



## 10. Další skutečnosti ...

Komplikacím z podání farmak k analgosedaci nelze nikdy spolehlivě zamezit a ani včasná intervence v případě zástavy oběhu neznamena za všech okolností garanci dobrého klinického výsledku, tj. obnovení oběhu a integrity neurologických funkcí. Lékaři nemohou garantovat správný klinický výsledek, ale musí garantovat správný postup. Postup zajištění sledování pacienta po výkonu nebyl v souladu se stávajícím stupněm odborného poznání a s principy bezpečné péče po podání farmak s potenciálem ovlivnění základních fyziologických funkcí.

## **Klinický případ 2**

Zástava oběhu v ledové vodě

***Byla KPR dostatečně dlouhá a  
správná ?***

# Popis případu 2/1

## □ Mladý muž

Ze spisového materiálu:

- *"udajne v opilosti sel po ledu, který se proboril ... cca 30 minut pod ledem ... po vyprosteni bez znamek zivota"*
- *"NO: V opilosti skocil do zmrzeleho rybnika ... utonul ... Vyprosten hasici po min. 35 min ... Obj.: apnoe, asystolie, zornice dilatované, nereagují ... Teplota těla neměřitelná ... Zahájena KPR ... bez efektu ... Trvale dilatované nereagující zornice, apnoe, asystolie"*



## Popis případu 2/2

- Při vytažení z vody “neměřitelná teplota”
- KPR ukončena po 15 - 22 minutách (v dokumentaci uvedeny rozporné údaje o době KPR)

*znalosti místa měření tělesné teploty nemohu souhlasit s tvrzením, že "Samotná smrt musela nastat již dlouho před nálezem těla, což lze usuzovat z toho, že muž dlouhodobě nedýchal a podchlazení bylo tak hluboké, že jsme nezaznamenali měřitelnou teplotu ...".*

*Jak byste případ hodnotili vy ?*



**4) Pokud má silně podchlazená osoba dilatované nereagující zornice, lze to v každé situaci považovat za známky neodvratné smrti?**

Podle mého odborného názoru, dlouholeté klinické praxe a stavu odborného poznání dané problematiky (např. Thomas PD, Critical Care and Resuscitation 2000; 2: 34-37) v předmětné době – nelze.



**5) Bylo by v daném případě poškozeného ... na místě přivolat vrtulník a za nepřetržité kardiopulmonální resuscitace letecky ...?**

Neznám situaci a podmínky pro přivolání vrtulníku letecké záchranné služby v daném regionu. Zastávám však názor, že kardiopulmonální resuscitace v době 22 minut měla být v předmětné situaci delší a pacient měl být převezen (i za trvající resuscitace, nebo do doby vyčerpání zachránců, pokud posádka neměla k dispozici přístroj pro mechanickou masáž hrudníku) do zdravotnického zařízení s cílem postupného zahřívání, pokud to bylo možné a dostupné. Teprve při dosažení určité tělesné teploty a současné absenci reakce oběhu na resuscitaci je doporučováno konstatovat smrt na základě nevratné zástavy oběhu.

**8) Je délka cca 15 minut kardiopulmonální resuscitace u silně podchlazeného ... adekvátní ...?**

Dobu resuscitace (z mých podkladů vycházela na 22 minut) považuji v konkrétní klinické situaci za neadekvátně krátkou, pokud by byla doložena její doba 15 minut (jak je uvedeno v položené otázce č. 8), tak tím více. Zejména v situaci, kdy by nebylo možné transportovat pacienta do zdravotnického zařízení s možností kontrolovaného ohřevu a pokračování resuscitace. Konstatování smrti po 15-22 minutách resuscitace u silně podchlazeného pacienta považuji za předčasné, přestože reálná míra naděje na dobrý klinický výsledek (ve smyslu plného zotavení mozkových funkcí) by byla podle mé dlouholeté klinické zkušenosti, a i na základě odborné literatury značně nízká.

***Co má naprostá většina všech  
případů, které jsem mohl za  
dobu své znalecké činnosti  
hodnotit, společné ?***



## 4 okruhy

- 1) Podcenění abnormálních hodnot základních fyziologických funkcí
- 2) Oddálování provedení život zachraňujících intervencí nebo postupů
- 3) Nedostatečná znalost současného stavu odborného poznání a odborných doporučení
- 4) Ignorance principů bezpečné péče (vlastní nebo “vynucená”)

*Jak ovlivnila znalecká činnost mou praxi ?*



*Jak ovlivnila znalecká činnost mou praxi ?*

## 1. Způsob mého medicínského uvažování

**“Doufám v to nejlepší, ale vždy čekám  
(a jsem připraven) na to nejhorší”**



## EDITORIAL

# Jak pracovat s Doporučeným postupem ČSARIM pro zajištění obtížných dýchacích cest?

(v tisku)

*Anest intenziv Med. 2019;30:xxx-xxx*

prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM  
doc. MUDr. Petr Štourač, Ph.D.

editoři Doporučeného postupu ČSARIM pro zajištění obtížných dýchacích cest u dospělých a dětí

3. Naučit se formulovat plán postupu pro zajištění očekávaných obtížných dýchacích cest (přístup typu „jsem dost zkušený, ono to **nějak** půjde“ není známkou odborného hrdinství, ale ignorance problému).

*Jak ovlivnila znalecká činnost mou praxi ?*

## **2. Způsob vedení dokumentace**

**Např. když u pacienta s hypotenzí nejsem schopen dosáhnout nějaké cílové hodnoty, vždy napíšu *“přes veškeré dostupné možnosti nejsem schopen dosáhnout cílového stavu ...”***



*Jak ovlivnila znalecká činnost mou praxi ?*

## 2. Způsob vedení dokumentace

**Pokud nemám k dispozici lék, pomůcku, intervenci, kterou bych v dané situaci považoval za indikovanou a nemající alternativu, vždy to uvedu do dokumentace**



**Nespoléhejte se na to, že se za vás  
vedení vždy a 100% postaví**

... zažil jsem opakovaně situace, kdy při  
soudním líčení řekl představitel nemocnice -  
*"... ale my jsme o tom nevěděli, kdyby si o to  
řekl, dostal by to"*

**Nebojte/nebojme se dělat medicínu,  
ale pamatujme si ...**





□ **Nikdy** nemůžeme garantovat dobrý klinický výsledek, ale **vždy** musíme garantovat správný postup v souladu se stávajícím stupněm odborného poznání



- Naše role v systému a u konkrétního pacienta je, neseme-li za péči přímou odpovědnost: **vždy primárně odbornost a bezpečnost**, nic jiného. Pokud vám to vaše zařízení neumožní, nenechávejte to nikdy na sobě.

Opatrovník podepsal *Informovaný souhlas s anestezií* (pacientka s mentální retardací):  
**stačí to ?**

# Neeeeeeee

**From:** Cerny Vladimir cernyvla1960@gmail.com  
**Subject:** Lekarum KAPIM - Informovany souhlas u pacientu s urceny m opatrovnikem  
**Date:** 25 September 2019 at 11:18 AM  
**To:** Duskova Sarka Sarka.Duskova@kzcr.eu  
**Cc:** Polakova Ivana Ivana.Polakova@KZCR.EU, Benes Jan jan.benes@live.com, Skola Josef Josef.Skola@KZCR.EU, Skulec Roman skulec@email.cz, Neuma Pasek Ondrej ondrej.pasek@KZCR.EU, Oliva Hana hana.oliva@kzcr.eu

Vazeni kolego ve,

na zaklade pripadu v minule m tydnu zasilam upozorneni, tykajici se ziskavani IS s anestezi i u pacientu s urceny m opatrovnikem. To, ze opatrovnik posle oficialni dokument, kde souhlasi s navrzenou peci pro osobu pro kterou je urcen jako opatrovnik - NENI podle nazoru pravniku naplneni zakone m urceno ho obsahu IS = tj. osobni informace o alternativach a rizicich navrzene pece a moznosti se dotazovat. Vsem doporucuji, abyste se pri ziskavani IS osob s urceny m opatrovnikem nespolehali jen na to, ze mate od opatrovnika podepsany papir, ale abyste s opatrovnikem projednali vse ve stejne m rozsahu, jako to delate u ostatnich pacientu (prestoze riziko, ze by doslo ke stiznosti ze strany dane ho hendikepovane ho jedince resp. jeho opatrovnika je extremne nizke - ale to je jiz na kazde m z vas, zda se chcete i male mu riziku vystavovat ci nikoliv). Zda opatrovnik nema cas prijat nebo to ma daleko - toto neni opravdu nase starost. Nase jedina "starost" musi byt, abychom poskytovali anest peci v souladu s platny mi zakony.

Vladimir Cerny



**Děkuji za pozornost**

a přeji vám, ať máte i nadále radost z  
medicíny a našeho oboru ...