

Dětský lékař v zajetí paragrafů – pohled za oceán

prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.

II. dětská klinika FN Brno

Strukturovanou formou jsou uvedeny některé poznatky z USA, které uvádějí nejčastější chyby a omyly, jež byly příčinou soudních sporů s dětskými lékaři. I přes značné legislativní rozdíly mezi USA a ČR mohou některé z údajů být inspirující také pro českou pediatriickou veřejnost.

Klíčová slova: pediatrie, chyby a omyly, soudní spory.

Malpractice in pediatrics – oversea view

As a structured form were presented some of lawsuits in pediatrics practice in the USA. Beyond law's differences between USA and Czech Republic are some of these experiences very important for Czech pediatricians.

Key words: pediatrics, errors and mistakes, lawsuits.

Pediatr. pro Praxi 2009; 10(4): 275–276

Úvod

Není žádnou výjimkou, že medicínská problematika je v ČR v posledních letech prezentována téměř denně a téměř všemi médii. Nežádka se však jedná o informace neobjektivní, zavádějící a tendenční, kdy zdravotnický personál je různým způsobem skandalizován a příp. pozdější objektivní výsledky různých zdravotnických „kauz“, či dokonce omluva neprávem nařčených zdravotníků zcela chybí. Zcela zákonitě se takto jednostranně koncipovaná mediální sdělení negativně promítají ať již do důvěry vztahu pacient – lékař, tak i do hodnocení zdravotního systému jako celku. Tím v žádném případě nechci říci, že jako zdravotníci chyby neděláme. Pravděpodobně však o nich ne vždy vzájemně zcela otevřeně diskutujeme, a pokud ano, pak nežádka z aspektu co nejjednoduššího hledání odpovědi, zda daný postup byl lege artis, či non lege artis. Přitom vymezení těchto pojmů samo o sobě není zcela jednoduché a i právní výklad nebývá jednoznačný.

Následující údaje, které jsem si vybral z odborné literatury (Medical diagnoses commonly associated with pediatric malpractice lawsuits in the United States; Pediatrics, 2008; 122: e1282–e1286), pocházejí sice z prostředí, které je z medicínského, ale i právního hlediska v řadě skutečností odlišné, přesto je vnímám jako objektivně doložená fakta, která nám mohou pomoci v naší náročné práci, umožňují se vyvarovat některých rizik tuto práci provázejících a umožňují také určité srovnání.

V USA dosahují soudní medicínské procesy výrazně vysokého počtu. Podle sledovaných údajů se v průběhu let 1985–2006 do těchto procesů dostala téměř jedna třetina všech dětských lékařů v průběhu své odborné

praxe! Je tomu tak pravděpodobně i proto, že profese pediatra je velmi náročná a zejména v nižších věkových skupinách dětí může mít značný vliv nemožnost verbální komunikace s nemocným. Z celkového počtu soudních procesů s dětskými lékaři 28 % z nich vedlo k nezbytnosti vyplacení odškodného. S ohledem na výšku tohoto odškodnění jsou pediatři na 4. místě mezi 28. medicínskými odbornostmi!

Nejčastějším předmětem soudních sporů jsou tyto zdravotní souvislosti (číslo v závorce uvádí průměrnou výši odškodnění v \$):

1. kojenec s poškozením mozku (440 379),
2. meningitida (437 423),
3. rutinní prohlídka dítěte (155 039),
4. apendicitida (116 285),
5. pneumonie (239 531).

Nejčastější chyby, které jsou v soudních sporech projednávány, pak souvisí s těmito diagnózami/chorobami:

1. meningitida,
2. apendicitida,
3. specifické neteratogenní anomálie,
4. pneumonie,
5. kojenec s poškozením mozku.

Stručný komentář k předchozím údajům je tento:

a) Meningitida (MEN) – pokud bylo toto onemocnění vč. komplikací předmětem soudního sporu, pak uznaná odškodnění patří k jedněm z nejvyšších. Současně je to onemocnění, které ve srovnání s jinými chorobami v ostatních medicínských odbornostech je čistě pediatrikým problémem. Mezi postiženými dětmi jasně převažují

(60%) nemocní ve stáří < 2 roky. Pokud došlo v průběhu MEN k úmrtí, pak téměř v 83 % se jednalo o děti ve věku < 1 rok. V rámci soudního projednávání případů dětí s MEN bylo zjištěno, že ve většině případů bylo prvotním problémem opožděné stanovení diagnózy. Iniciální kontakt s dětmi postiženými MEN se odehrával v těchto podmínkách (vyjádřeno v %): ordinace 35,6, akutní příjem/emergency department/30,1, telefon 17,8, nemocnice 9,6, vyžádaná návštěva doma 5,5. Významným údajem, který mohl souviset s opožděnou diagnózou MEN, byl fakt, že 25 % dětí nemělo v počátku onemocnění horečku a také byl u nich prolongovaný nástup příznaků, jako je bolest hlavy, apatie, porucha vědomí či strnulá šíje. Děti s MEN měly přítomny (v %) tyto symptomy: horečka 74, nauzea/zvracení 49, apatie 32, bolest hlavy 27, projevy chřipky 25, změna chování 12. Všechny tyto aspekty opět značně souvisely s věkem dítěte – čím byly děti mladší, tím častěji nebyly tyto symptomy přítomny. Mnozí nemocní s MEN se v počátečním stadiu obvykle „skrývali“ ve skupině nemocných, kde bylo konstatováno v pojetí našeho názvosloví „viroza – nachlazení“. Počáteční diagnózy u dětí s MEN měly toto procentuální zastoupení: viroza 35,6, nejasný stav 24,9, MEN 12,3, středoušní infekce 12,3, gastroenteritida 4,1. Přibližně ve 12 % případů dětí s MEN bylo v závislosti na soudním projednávání zjištěno, že u nich nebyla řádně vedena zdravotnická dokumentace – chyběly záznamy vztahující se k důkladnosti klinického vyšetření, záznamy dokládající dynamiku změn mezi vyšetřením iniciálním

- a následným, chyběly záznamy dokládající, že pacientovi byla doporučena další kontrola, záznamy o úrovni konziliárních vyšetření a jejich korelace s provedenými laboratorními vyšetřeními.
- b) Apendicitida (APE) – onemocnění je stále vnímáno jako obtížný diagnostický problém, zejména pak u dětí mladších. Podle statistických údajů pak právě u mladších dětí (obecně předškolního věku) je vyšší riziko perforace apendixu než u dětí starších. APE má často atypické pozitivní příznaky v podobě průjmu, zvracení před nástupem jasné bolesti, projevy infekce horních cest dýchacích, ale i zácpy nebo zcela minimální bolestivosti v pravém hypogastriu. Naproti tomu ale mohou být vyjádřeny i atypické negativní příznaky APE: chybění horečky, normální chuť k jídlu, při auskultačním vyšetření střevní peristaltiky je zjišťován nálezný normální nebo akcentovaný. Mnozí nemocní s APE tak bývají vyšetřeni lékařem nejméně 2×, než je stanovena konečná diagnóza. U adolescentek není výjimkou, že APE může být zpočátku zaměněna s infekcí močových cest nebo se zánětem pánevních orgánů (uterus, ovarium). Podle frekvence byla podle uvedeného literárního zdroje APE v iniciálním stadiu nejčastěji zaměňována s gastroenteritidou, infekcí horních dýchacích cest, otitidou, zánětem uteru/ovaria, pneumonií, sepsí, infekcí močových cest.
- c) Specifické neteratogenní anomálie (NEA) – soudní spory v této souvislosti vznikaly nejčastěji na podkladě diagnostického omylu než v souvislosti s odkládáním vyšetření příslušným odborníkem. Přitom většina NEA bývá součástí různých genetických syndromů a včasné komplexní vyšetření příslušné anomálie je vždy vhodné. Soudní spory u NEA souvisely nejčastěji s kraniofaciálními abnormitami, poruchami uzávěru páteřního kanálu a deformitami nohou. Vysoký podíl těchto sporů však představovaly i takové anomálie, jako je metatarsus varus/valgus nebo genu recurvatum.
- d) Pneumonie (PN) – onemocnění bývá vnímáno jako zdánlivě nekomplikované, ale od r. 2001 je na 2. místě mezi uznanými odškodněními v rámci soudních sporů. Pro skupinu komunitních pneumonií přitom existuje v USA řada vypracovaných doporučení (guidelines), ale nejsou všeobecně přijaty. V klinické praxi se tak objevuje velká různorodost diagnostických postupů i léčebných opatření.
- e) Novorozenecký/kojenec s poškozením mozku – příčiny závažného poškození mozku jsou značně heterogenní, ve většině případů souvisí s těhotenstvím nebo časným novorozeneckým obdobím. Současně se však jedná o skupinu dětských pacientů, kteří jsou relativně snadným a častým objektem soudních sporů. Nezřídka je v rámci soudního pojednávání zjištěno, že v úrovni poskytované zdravotnické péče nedošlo u těchto dětí k závažným chybám, ale stížnosti a spory jsou výsledkem špatné/nedostatečné/nepravdivé informovanosti rodičů, a to už v období gravidity, nebo nevhodného verbálního vyjadřování zdravotníků. Mnozí rodiče tak poškození mozku a následný handicap psychomotorického vývoje svého dítěte vnímají jako náhlý stav, jako překvapení, jako omyl zúčastněného zdravotnického personálu.
- Ve snaze minimalizovat možná rizika související s odbornou prací pediatra, a příp. tak nezavdat příčinu k soudním sporům, je vhodné pamatovat na některé **zásady**:
1. Zdravotnická dokumentace má obsahovat maximum pozitivních, ale i negativních nálezů zjištěných při klinickém vyšetření.
 2. Nálezy je třeba do dokumentace zapisovat/zakládat opatrně a pečlivě. Je třeba si uvědomit, že kdykoli v budoucnu může právě z této dokumentace čerpat maximum informací právník/znalec/soud.
 3. Doporučení a způsobů, jak vést zdravotnickou dokumentaci, je řada, rozhodující je však kvalita těchto záznamů a ne jejich kvantita.
 4. S ohledem na klinické vyšetření a vyšetření pomocná je třeba vždy zvážit, zda by dítě měl vyšetřit také příslušný odborník.
 5. Pokud má dítě rizika určitého onemocnění nebo predispozice rozvoje závažného zdravotního postižení, je vhodné to ve zdravotnické dokumentaci vždy řádně uvést. Jde o opatření typu „varovný/alarmující/zřetelný“ signál. Typickým příkladem jsou z tohoto pohledu novorozenci/kojenci s poškozením mozku, kde variabilita postižení jejich smyslového a pohybového rozvoje může být různá a teprve s věkem dítěte jejich handicap vystupuje více do popředí.
 6. Nezbytná je opakovaná a vhodná komunikace mezi zdravotnickým personálem a nemocným, resp. jeho rodiči. Je to katalyzátor či jistá forma prevence možných stížností a soudních sporů. Při verbálním vyjadřování je vhodné používat laických, dobře srozumitelných vyjádření a vyhýbat se medicínskému žargonu/hantýrce.
 7. Při komunikaci je vhodné se vyhnout různým spekulacím, osobním hypotézám či obviňování jiných lékařů a jejich diagnosticko-léčebných postupů.
 8. Institute of Medicine v USA uvádí, že pediatri by si při verbální komunikaci s rodiči měli být vědomi toho, že až polovina americké populace, a to bez ohledu na vzdělání, nemá ani základní principy zdravotního povědomí. Mnoho dospělých má dokonce i problémy se čtením. Slovní komunikace by proto měla být jednoduchá, jasná, výstižná. Pokud jsou zdravotní doporučení laické veřejnosti předávána v tištěné formě, pak by i takový materiál měl být stručný, formulovaný do maximálně osmi jasně napsaných zásad.

prof. MUDr. Zdeněk Doležal, CSc.

II. dětská klinika LF MU a FN
Černopolská 9, 602 00 Brno
zdoleze@fnbrno.cz

