

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. lékařská fakulta

DISERTAČNÍ PRÁCE

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. lékařská fakulta

**METODIKA ZNALECKÉ ANALÝZY PODLE MATERIÁLŮ
TRESTNĚPRÁVNÍCH A OBČANSKOPRÁVNÍCH SOUDNÍCH PŘÍPADŮ
SPOJENÝCH S NEPŘÍZNIVÝM VÝSLEDKEM LÉČBY**

Disertační práce

MUDr. Sergey Zakharov

Školitel:

JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.

Praha – 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval samostatně a že jsem řádně uvedl a citoval všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 4.9.2012

SERGEY ZAKHAROV

Podpis

Identifikační záznam:

ZAKHAROV Sergey. *Metodika znalecké analýzy podle material trestněprávních a občanskoprávních soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby. [The methodology of expert analysis on the materials of criminal and civil court cases associated with the adverse outcomes of treatment]*. Praha, 2012. 201 s.,5 příl. Disertační práce (Dis.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Centrum pro zdravotnické právo a bioetiku. Školitel Dostál, Ondřej.

Klíčová slova: znalecký posudek, metodika znalecké analýzy, nepříznivý výsledek léčby;

expert testimony, methodology of expert analysis, adverse outcome of treatment

Souhrn práce v češtině

Cíl studie. Vypracování metodiky znalecké analýzy, zajišťující všestrannost, úplnost a objektivnost zkoumání podle materiálů trestněprávních a občanskoprávních soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby.

Materiál a metodika. Pro účely studie byl vypracován program “Komplexní studie obsahové stránky znaleckých posudků dle materiálů soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby”. Metoda plošného zkoumání byla použita při analýze obsahové stránky znaleckých posudků (116 posudků), výběrová metoda byla použita při dotazování zdravotnických pracovníků (50 dotazníků) a právníků se specializací v oblasti medicínského práva (50 dotazníků).

Výsledky a diskuse. Znaleckou analýzu podle materiálů soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby je nutno považovat za nezbytný prvek znaleckého zkoumání, který zabezpečuje jeho všestrannost, úplnost a objektivnost, jakož i náležitou opodstatněnost učiněných závěrů. Pro účely znalecké analýzy lze souhrn opatření v rámci poskytování zdravotní péče považovat za otevřený procesní informační systém, v jehož rámci je posloupnost realizace jednotlivých opatření určena rozsahem a obsahem diagnostické informace, a charakter konečného výsledku je pravděpodobnostně determinován komplexem vnějších a vnitřních faktorů. Závěry znalce lze hodnotit jako věrohodné, jestliže jsou kategorická tvrzení doprovázena náležitým (jednoznačným a spolehlivým) odborným opodstatněním jejich pravdivosti v rámci uskutečněné analýzy, které tedy nezanechává “analytické mezery” a otevřené otázky vyžadující další odborné prokazování, a proto zákonitě vyvolává u posuzující osoby subjektivní jistotu, vnitřní přesvědčení v pravdivosti těchto tvrzení.

Závěr. Znaleckou analýzu je zapotřebí uskutečňovat na základě unifikovaného metodologického přístupu zahrnujícího přesnou definici objektu, předmětu, cíle a úkolů; metodika (algoritmus) analýzy je formalizovaný postup realizace následujících pěti etap: vytvoření systému verzí ohledně příčiny nepříznivého výsledku léčby; analýza charakteru přítomného onemocnění (úrazu); analýza organizace a podmínek poskytování zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení; analýza správnosti, úplnosti, včasnosti a adekvátnosti opatření v rámci diagnosticko-léčebného procesu; analýza výsledků diagnosticko-léčebného procesu a příznaků příčinné souvislosti mezi jednáním zdravotnických pracovníků a újmou na zdraví.

Summary

Objective. The development of the methodology of expert analysis ensuring comprehensiveness, completeness and objectivity of expert investigation in the criminal and civil cases associated with the adverse outcomes of treatment.

Materials and Methods. For the purpose of the study the special program was prepared ‘The comprehensive study of the content of the expert testimonies in the criminal and civil court cases associated with the adverse outcomes of treatment’. The continuous research method was used for the content analysis of the expert testimonies (116 units of observation), the selective research method was used when interviewing health care providers (50 units of observation) and lawyers specializing in medical law (50 units of observation).

Results and discussion. The expert analysis should be considered an essential element of the expert investigation in the criminal and civil cases associated with the adverse outcomes of treatment, since it ensures the comprehensiveness, completeness and objectivity of expert testimony. For the purposes of expert analysis, the process of health care provision can be considered as an open process information system, the sequence of the implementation of therapeutic measures within it is conditioned by the character of diagnostic information, and the outcome of the treatment is probabilistically determined by certain complex of external and internal factors. An expert opinion can be estimated as reliable one, if the assertions made are accompanied by appropriate (definite and credible) substantiation of their truthfulness, and therefore no ‘analytical gaps’ are present requiring further proof, so it naturally arouses subjective confidence and inner belief in the truthfulness of these assertions in the person assessing the expert testimony.

Conclusion. The expert analysis should be based on the unified methodological approach with a precise definition of its object, subject, objective and tasks. The methodology (algorithm) of analysis is a formalized procedure of realization of the following five stages: creation of the system of versions on the cause of adverse outcome of treatment; analysis of the character of disease (injury) present; analysis of the conditions of health care provision in the medical facility; analysis of the correctness, completeness, timeliness and adequacy of the diagnostic and therapeutic measures; analysis of the results of diagnostic and therapeutic procedures and signs of a causal relation between the health care providers’ activity and the adverse outcome of treatment.

OBSAH

Úvod	9
Kapitola 1. Přehled literatury.....	11
Kapitola 2. Materiál a metody	23
§ 2.1. Cíl a úkoly studie.....	23
§ 2.2. Charakteristika objektu zkoumání	24
§ 2.3 Program a metodika komplexní studie obsahové stránky znaleckých posudků dle materiálů trestněprávních a občanskoprávních soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby (výzkumný přístup a sběr dat)	27
§ 2.4. Výčet metod použitých ve studii a postupů vyhodnocování dat.....	33
§ 2.5. Vědecká priorita a praktický význam studie.....	35
§ 2.6. Teze disertační práce.....	36
Kapitola 3. Metodologie znalecké analýzy podle materiálů trestněprávních a občanskoprávních případů spojených s nepříznivými výsledky léčby	38
§ 3.1. Definice pojmů znalecké analýzy	38
§ 3.2. Vytváření systému znaleckých verzí	44
§ 3.3. Znalecká analýza charakteru onemocnění (úrazu)	47
§ 3.4. Znalecká analýza podmínek poskytování zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení	56
Kapitola 4. Znalecká analýza správnosti, úplnosti, včasnosti a adekvátnosti diagnosticko-léčebného procesu	70
§ 4.1. Procesní přístup k analýze diagnosticko-léčebného procesu.....	70
§ 4.2. Obsah kritérií analýzy diagnosticko-léčebného procesu	80
§ 4.3. Informační analýza diagnosticko-léčebného procesu	92
Kapitola 5. Znalecká analýza výsledků diagnosticko-léčebného procesu a příznaků příčinné souvislosti	98
§ 5.1. Znalecká analýza výsledků diagnosticko-léčebného procesu	98
§ 5.2. Analýza příznaků příčinné souvislosti.....	105

§ 5.3. Analýza příčinné souvislosti nepříznivého výsledku s nenáležitými jednáními zdravotnických pracovníků	117
Kapitola 6. Posouzení a hodnocení výsledků znalecké analýzy v rámci trestněprávních a občanskoprávních soudních případů.....	128
§ 6.1. Posouzení a hodnocení věrohodnosti znaleckého posudku.....	128
§ 6.2. Posouzení a hodnocení vztažnosti a přípustnosti znaleckého posudku.....	134
Závěr	144
Praktická doporučení	158
Seznam publikací dle tématu disertační práce.....	161
Literatura	164
Přílohy	193

ÚVOD

Aktuálnost výzkumu. V průběhu posledních let se značně zvýšila aktivita občanů v oblasti hájení svých zájmů a využití práv pacientů v případech nespokojenosti s kvalitou poskytované zdravotní péče a nepříznivého výsledku léčby [J. Mach a kol., 2003; D. Císařová, O. Sovová a kol., 2004; P. Hroboň, T. Macháček, T. Julínek, 2005; O. Dostál, 2007; L. Šnédar, 2008; S. Zakharov, 2008; J. Těšinová a kol., 2011].

Fungování systému zajišťování práv občanů na ochranu zdraví a poskytování kvalitní zdravotní péče v současné době vyžaduje účinnou součinnost nejenom zdravotnických zařízení, zdravotních pojišťoven, ministerstva zdravotnictví, odborných lékařských společností, nýbrž i soudů a orgánů činných v trestním řízení [J. Stolínová, 1990; J. Stolínová, J. Mach, 1998; B. Repík, 2000; M. Vallová, 2006; J. Mach, 2010; Вялков А.И., 1999, 2003; Стародубов В.И., 1999; Кучеренко В.З. и др., 2003].

Jedním z důležitých důkazů v rámci trestněprávního a občanskoprávního soudního řízení dle případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby a nenáležitým plněním profesních povinností zdravotnickými pracovníky je znalecký posudek [E. Crosby, 2007; B. Sonny Bal, 2009; A.G. Williams, 2010; S. Zakharov, 2011; Ардашкин А.П., 2001; Пашипян Г.А. и др., 2000, 2003; Сергеев В.В., 2000].

Znalecké zkoumání materiálů takzvaných „lékařských“ soudních případů tradičně patří do kategorie nejsložitějších expertiz, protože klinická situace analyzovaná znalcem tvoří složitý komplex různorodých prvků, spojených velkým počtem vztahů a souvislostí. Proto různé aspekty uskutečňování soudních expertiz tohoto druhu zůstávají středem pozornosti odborníků, a to jak lékařů, tak i právníků [J. Musil, 2010; N.S. Miller, 2010; C. Henderson, K.W. Lenz, 2011; M. Welner, T. Mastellon, J. Steward et al., 2012; Ерофеев С.В., 2000; Пашипян Г.А., Жаров В.В., Зайцев В.В., 2003].

Nicméně dosud nejsou dostatečně zpracovány mnohé metodologické, normativní, procesní a obsahové aspekty provedení znaleckých posudků podle materiálů soudních případů uvedené kategorie, což je příčinou nesouladu mezi

společenskou potřebou objektivního vyšetřování a soudního projednávání “lékařských” případů, rostoucími požadavky orgánů činných v trestním řízení a soudů k obsahové stránce znaleckých posudků, a na druhé straně reálnou znaleckou praxí [F.L. Cohen, 2004; J.L. Mnookin, 2008; A. Kesselheim, D.M. Studdert, 2009; J. Musil, 2010; Колкутин В.В., Соседко Ю.И., Гурочкин Ю.Д., 2003].

Současný normativní právní řád, který upravuje znaleckou činnost, zejména zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním, zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, zákon č. 36/1967 Sb., o znalcích a tlumočnících, ve znění pozdějších předpisů, a prováděcí předpisy (vyhláška Ministerstva spravedlnosti č. 37/1967 Sb., ve znění pozdějších předpisů), vyžaduje, aby ve znaleckém posudku byl uveden popis zkoumaného materiálu, popřípadě jevů, souhrn skutečností, k nimž znalec přihlížel, a výčet otázek, na které má odpovědět, s odpověďmi na tyto otázky.

Uvedené prvky však neposkytují dostatečnou informaci o obsahové stránce znaleckého zkoumání. Formalizují poznávací složku znalecké činnosti, neumožňují však doložení myšlenkových pochodů znalce při řešení položených otázek, například důležité otázky o charakteru souvislosti mezi lékařským zákrokem a nepříznivým výsledkem léčby. Tato skutečnost znesnadňuje posuzování a hodnocení kvality znaleckého posudku soudem a orgány činnými v trestním řízení, především z hlediska věrohodnosti, protože opodstatněnost a objektivnost závěrů znalce nelze ověřit, pokud chybí jednotná metodika znalecké analýzy.

Lze konstatovat, že v současnosti řada metodologických otázek znalecké analýzy v rámci soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby není řešena. Nejsou zformulovány definice pojmů znalecké analýzy, neexistuje jednotný metodický přístup a nejsou rozpracovány jednotlivé analytické metody, například příčinná analýza. Tyto nedostatky vedou ke značným rozporům v názorech na teoretické a praktické aspekty problému stanovení charakteru souvislosti mezi jednáními zdravotnických pracovníků a újmou na zdraví pacienta (v důsledku nepříznivého výsledku léčby).

KAPITOLA 1. PŘEHLED LITERATURY

V současné době je problému právní odpovědnosti zdravotnických pracovníků v případě nenáležitého plnění profesních povinností věnována celá řada jak tuzemských [J. Stolínová, J. Mach, 1998; J. Mach a kol., 2003; D. Císařová, O. Sovová, 2004; F. Křepelka, 2004; J. Štefan, J. Mach, 2005; O. Dostál, 2007; V. Dvořáková, 2007; L. Vondráček, J. Vondráček, 2008; J. Mach, 2010; J. Těšinová a kol., 2011], tak i zahraničních publikací [M.M. Boumil, C.E. Elias, D.B. Moes, 2003; W.M. Sage, R. Kersh, 2006; F.T. Baker, 2007; T.M. O'Toole, 2007; A. Sloan, L.M. Chepke, 2008; W.T. Choctaw, 2008; S.S. Mangalmurti, L. Murtagh, M.M. Mello, 2010; M.A. Rothstein, 2010; Новоселов В.П., Канунникова Л.В., 2000; Акопов В.И. с соавт, 2003; Сергеев В.В., 2001; Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В., 2001, 2003; Санеев Ю.А., 2003; Пашина Г.А. с соавт., 2003].

Jednotlivé procesní a obsahové aspekty tohoto problému v rámci trestněprávního nebo občanskoprávního soudního řízení na základě stížnosti pacienta (zákonných zástupců) jsou hluboce zkoumány v rámci právní vědy [F.M. McClellan, 1994; N. Acerbo-Kozuchovski, K. Ashton, 2007; D. Golann, 2011; D.J. Wright, 2011; Тобес Б., 2001; Радченко М.В., 2003] a forenzní medicíny [T.T. Noguchi, 2002; R.Dettmeyer, M.Egl, B.Madea, 2005; C.Rambaud, E. Mireau, M. Durigon, 2005; S.A. Greenberg, D.W. Shuman, S.R. Feldman et al., 2007; S. Zakharov, 2007; B. Madea, J. Preub, 2009; Ерофеев С.В., 2000].

Jedním z důležitých problémů je kvalita znaleckých posudků jako soudních důkazů dle materiálů trestněprávních a občanskoprávních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby a nenáležitým plněním zdravotnickými pracovníky profesních povinností, tedy takzvaných „lékařských“ případů [J. Meine, 1998; B. Hildebrand, S.S. Kuther, I. Dreher, 1999; V. Kaiser, 2001; R. Kluge, R. Koob, 2001; C.B. Hammond, P.A. Schwartz, 2005; A.R. Vaccaro, J.A. Rihn, D.F. Ryan et al., 2010; Томилини В.В., Соседко Ю.И., 2000; Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В., 2001; Пиголкин Ю.И. с соавт., 2003]. Z tohoto hlediska lze považovat za opodstatněný zájem k otázce zvyšování kvality znaleckých posudků ze strany tuzemských [A. Bradáč, J. Kledus, P. Krejčíř a kol., 2004; J. Štefan, J. Mach, 2005;

P. Vantuch, 2006; M. Fryšták, Z. Krejčí, 2009; J. Musil, 2010] a zahraničních vědců [M. Wehner, 2002; L. Noah, 2002; J.M. Freeman, K.B. Nelson, 2004; J. Schofferman, 2007; K. Pyrek, 2007; K. Ulsenheimer, 2011].

Složitost znaleckých posudků v rámci „lékařských“ případů, růst jejich počtu, nepřítomnost jednotného metodologického přístupu k uskutečňování, jakož i obtížné prověření a hodnocení jako důkazu orgány činnými v trestním řízení a soudem, určují nezbytnost dalšího výzkumu zejména obsahové stránky znaleckého zkoumání [D.A. Krauss, B.D. Sales, 2001; V.P. Hans, 2003; S.K. Ivkovic, McLain, Lynn, 2003; A. Bradáč, 2004; S. Zakharov, 2007; J. Hanák, 2009; Томили́н В.В., Соседко Ю.И., 2000; Акопов В.И., Маслов Е.Н., 2002; Колкутин В.В., Соседко Ю.И., Гурочкин Ю.Д., 2003].

Procesní (formální) stránka znalecké činnosti je v porovnání s obsahovou současně prozkoumaná a reglementovaná mnohém lépe. Její charakter je definován v normativních aktech (zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád), zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, zákon č. 36/1967 Sb., o znalcích a tlumočnicích, aj.), detailně analyzován právními vědci [J. Chmelík a kol., 2005; J. Musil, V. Kratochvíl, P. Šámal, 2007; D. Císařová, J. Fenyk, T. Gřivna a kol., 2008; L. Dorfl, 2009; M. Fryšták, Z. Krejčí, 2009; M. Fryšták a kol., 2009; F. Novotný, J. Souček a kol., 2009; J. Jelínek a kol., 2010; Сергеев В.В., 1999; 2001; Белкин Р.С., 2001]. Obsahovou stránku znaleckého zkoumání i v současnosti charakterizují slova I.G. Vermela: «Jak, jakým způsobem znalec dochází k řešení položených otázek, dosud přesně nevíme. Do dnešního dne myšlenkový pochod znalce při řešení početných a velmi rozmanitých otázek není tak očividný, jako mechanismus smyslového poznávání» [I.G. Vermel, 1979, s. 71].

Je známo, že koncepce přístupu osoby k řešení problému ve kterékoli sféře činnosti je podmíněna třemi skupinami faktorů: výchozími předpoklady, jež jsou jednak určeny vlastnostmi osoby, která dospívá k rozhodnutí (vědomosti, zkušenosti, kvalifikace), jednak vyplývají z posuzovaných skutečností (soudní spisy, normativní předpisy, vědecké zdroje, výsledky vlastního zkoumání); dále předpoklady (verzemi) osoby ohledně jednotlivých prvků řešeného problému; a

konečně **poznávacím stylem** osoby, která dospívá k rozhodnutí [G.B. Chapman, F.A. Sonnenberg, 2003; V.S. Janakiraman, K. Sarukesi, 2004; R.A. Greenes, 2007; S.B. Eom, 2008; E.S. Berner, 2010].

Rozlišují se logicko-analytický a intuitivně-syntetický poznávací styly [R. Riding, S. Rayner, 1998; R.I. Riding, 2000; R.J. Riding, S. Rayner, 2000; R.J. Sternberg, L.F. Zhang, 2001]. Tyto rozdílné typy myšlení u jednotlivců způsobují, že různě přistupují k problému a k posouzení dostupné faktické informace [M.N. Brumby, 1982; L. Zhang, R.J. Sternberg, 2006; M. Kozhevnikov, 2007]. “Fixovaný” poznávací styl může být příčinou jednostrannosti a neúplnosti zkoumání [D. Stamovlasis, G. Tsaraplis, 2005; J. Vollers, M.D. Michael, 2008; L.F. Zhang, R.J. Sternberg, 2009].

Profesní činnost v oblasti medicíny zpravidla zesiluje intuitivně-syntetickou orientaci badatele [B.J. May, J.K. Dennis, 1991; K.W. Eva, G.R. Norman, A.J. Neville et al., 2002; M.E. Quirk, 2006; L. Chaffey, C.A. Unsworth, E. Fossey, 2012; Зимин С.М., 1999]. Avšak intuitivní úsudek vždy obsahuje subjektivní složku, což limituje řešení problému z hlediska jeho věrohodnosti a objektivity [M.E. Quirk, 2006; L.F. Zhang, R.J. Sternberg, 2006; R.J. Sternberg, L.F. Zhang, S. Rayner, 2011; Клионский А.Б., 1998; Тасева Е., 1998; Фейнберг Е.Л., 1998; Эсакиа Л.Л., 1998; Зимин С.М., 1999].

Podstata činnosti znalce vyžaduje zachování jasné hranice mezi subjektivním názorem a vnitřním přesvědčením, založeném na objektivní spolehlivé informaci dostatečného rozsahu [X. Pena, 2001; D. Kennedy, R.A. Merrill, 2003; J. Schofferman, 2007; S. Zakharov, 2011; Сахнова Т.В., 2000].

Z metodologického hlediska **analytické zkoumání** objektu by mělo vždy předcházet induktivnímu zobecňování [G.J. Todaro, 1998; J. Reed, 1999; M.J. Saks, 2000; K.S. Keller, 2001; D.W. Shuman, 2001]. Analýza je kategorií odrážející zákonitosti rozložení složitého myšlenkového objektu poznání na jednotlivé součásti (příznaky, vlastnosti) za účelem jejich dalšího samostatného zkoumání [The Routledge Encyclopedia of Philosophy, 1998; The Cambridge dictionary of philosophy, 1999; J. Ongley, 2005]. Existují různé způsoby

analytického zkoumání objektu, z nichž každý umožňuje řešení určitých úkolů a dosažení určitých cílů (strukturní, systémová, propozicionální, instancionální, logická, fenomenologická, procesní, příčinná, aj.) [J. Hospers, 1997; J. Burnham, 2008; P.C. Chatterji, 2011; Левин Г.Д., 1998; Губский Е.Ф. и др., 2002].

Nicméně vědecké práce věnované problému analytického zkoumání objektu v soudní znalecké praxi ve zdravotnictví jsou ojedinělé, chybí v nich definice pojmu a metodologie znalecké analýzy, není přítomna charakteristika objektu, předmětu, cíle a úkolů, nejsou uvedeny metodiky, kritéria a algoritmy (doporučené postupy) znalecké analýzy [K.S. Cohen, 2007; P. Hookman, 2008; P. Hookman, 2009; F.W. Draper, 2010].

Znalecké zkoumání z hlediska svého obsahu je srovnatelné s aplikovaným vědeckým výzkumem jako jednou z forem vědeckého poznávání [P.C. Giannelli, E.J. Imwinkelried, 1999; E.D. Green, C.R. Nesson, P.L. Murray, 2000; W. Goddard, S. Melville, 2004; C.R. Kothari, 2008]. Vědecké poznávání jako způsob poznávání je charakterizováno důsledností, soustavností, metodičností [P. Carruthers, S.P. Stich, M. Siegal, 2002; V.S. Stepin, 2005; H.W. de Regt, S. Leonelli, K. Eigner, 2009; Зеленов Л.А., 2000; Мартишина Н.И., 2000]. Vlastnosti vědeckého poznávání jsou aplikovatelné i ve znalecké analýze, proto je nezbytné z teoretického a metodologického hlediska přesně definovat pojem, objekt, předmět, cíl a úkoly znalecké analýzy na základě materiálů trestněprávních a občanskoprávních soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby [S. Zakharov, 2007, 2008].

Otázka definice objektu zkoumání je jednou ze základních otázek v teorii a praxi znalecké činnosti [R.C. Strodel, 2001; J. Payne-James, A. Busuttil, W.S. Smock, 2003; Орлов Ю.К., 1995; Вермель И.Г., 1998; Ардашкин А.П., 2001]. Za objekt výzkumu ve filozofii je pokládán souhrn (systém) vlastností a vztahů, jenž je položen proti zkoumajícímu subjektu, může být vnímán, popsán, jmenován, vyjádřen v rámci myšlení [P. Laycock, T. Henry, 2011]. Systém objektu zkoumání zahrnuje v sobě jednotlivé předměty a procesy, které mají určité kvalitativní a

kvantitativní charakteristiky [N.H. Anderson, 1996; Лекторский В.А., 1980; Панкратьев В.Ф., 2001].

Představa o systémovém charakteru objektu zkoumání určuje nutnost vymezení pojmů objektu a předmětu znalecké analýzy. Z gnoseologického hlediska rozdíl mezi předmětem a objektem spočívá v tom, že předmětem zkoumání jsou pouze ty vlastnosti a příznaky objektu, které jsou považovány za podstatné z hlediska cíle konkrétního výzkumu; definice předmětu tedy odráží směr a hranice znaleckého zkoumání objektu [J.J. Sanguineti, 1988; A. Llano, 2001; J. Benčo, 2001; Ардашкин А.П., 2001].

Základními požadavky k obsahové stránce znaleckého posudku jsou všestrannost a úplnost zkoumání, což znamená, že v jeho rámci mají být analyzovány všechny skutečnosti, významné pro dospívání znalce ke správným závěrům [F.F. Rossi, 1991; R.F. Becker, 1997; S. Lubet, E.I. Boals, 2009; Сергеев В.В. и др., 2000]. V kriminalistice je nezbytnou etapou v procesu poznávání skutečností vztahujících se k soudnímu případu, která zajišťuje jeho všestrannost, formulace a prověřování verzí [J. Musil, Z. Konrád, J. Suchánek, 2001; S.G. Brandl, 2003; M. Palmiotto, 2004; R. Kothe, M. Machutová, L. Kašpar a kol., 2007; K.M. Hess, C.H. Orthmann, 2009; R.F. Becker, 2010].

Základní verzí o příčině nepříznivého výsledku onemocnění je verze o nenáležitých zaviněných jednáních zdravotnických pracovníků [M. Powers, M. Drury, 2000; M. Khan, M. Robson, K. Swift, 2002; S. Zakharov, 2008; P. Balen, J. Asif, D., 2008; N. Harris, A. Barton, 2008; R. Mulheron, 2010]. Nicméně nepříznivý výsledek onemocnění za určitých podmínek může mít zákonitý charakter, nezávislý na jednání zdravotnických pracovníků [J. Dute, M.G. Faure, H. Koziol, 2004; N.S. Weiss, 2006; S. Zakharov, 2008; B.A. Pescosolido, 2010]. Dále nepříznivé skutečnosti nezávislé na vůli a vědomí lékaře někdy podmiňují negativní výsledek realizace profylaktických, diagnostických, léčebných opatření, což může být považováno za "nehodu v medicínské praxi" [C. Vincent, M. Ennis, R.J. Audley, 1993; E. Hollnagel, 2004; S. Zakharov, 2008]. Konání (opomenutí) pacienta samotného nebo jeho zákonných zástupců mohou také být příčinou

nepříznivého výsledku léčení [L.E. Burke, I.S. Ockene, 2001; C. Bond, 2004; A.J. Christensen, 2004; H.B. Boswordh, E.Z. Oddone, M. Weinberger, 2005; J.E. Fincham, 2007; P. Midlov, T. Eriksson, A. Kragh, 2009]. Konečně nepříznivý výsledek léčby může souviset s omylem, totiž s nesprávným jednáním v dobré víře v rámci výkonu lékařem svých profesních povinností [J.T. Reason, 1990; L.T. Kohn, J. Corrigan, M.S. Donaldson, 2000; A. Merry, A. McCall Smith, 2001; M.M. Rosenthal, K.M. Sutcliffe, 2002; G.A. Peters, B.J. Peters, 2007; M. Jenicek, 2010; D. Waluube, 2011].

Jednou z důležitých podmínek správnosti a věrohodnosti znaleckých závěrů je náležité posouzení charakteru onemocnění přítomného u pacienta znalcem [P. Hookman, 2008; F.W. Draper, 2010; A.T. Radnor, 2010]. Je zapotřebí poznamenat, že otázce metodologie znalecké analýzy charakteru onemocnění se věnuje nedostatečná pozornost [D. Danner, 1983; D. Poynter, 2004; R.M. Patterson, 2007; S. Lubet, E.I. Boals, 2009; J. Robbins, 2010].

Použití jednotlivých metod maticové, „genetické“, logické analýzy znalcem v rámci zkoumání charakteru onemocnění a jeho „přirozeného rozvoje“ („natural progression“ v americké literatuře) lze považovat za přínosné. Podstatou metody maticové analýzy je vytváření systému základních prvků a strukturních zákonitých souvislostí (matice) analyzovaného objektu, a následující porovnávání této „matice“ se skutečným jednotlivým jevem za účelem zjištění souladu a nesouladu mezi tímto jevem a jeho „typovým modelem“ [R.A. Horn, C.R. Johnson, 2009; Зорин Г.А. и др., 2001]. Analýza „geneze“ umožňuje zkoumání dynamiky jevu, jeho „prehistorie“ a etap rozvoje [J. Lachs, R.B. Talisse, 2008; K.S. Kendler, J. Parnas, 2008; Дулов А.В., 1998; Зорин Г.А. и др., 2001]. Prostřednictvím logické analýzy se stanovují podobnosti a rozdíly zkoumaných objektů cestou identifikace a porovnávání [A.W. Richardson, 2007; B. Russell, 2009; B.F. McGuinness, 2011]. Vyčlenění stránek, rysů a znaků, patřících do kategorií obecného, zvláštního a jedinečného v rámci logické analýzy zkoumaného jednotlivého objektu umožňuje plnější rozkrytí jeho obsahové podstaty [M. Lange, 2007; A. O’Hear, 2007; T. McGrew, M. Alspector-Kelly, F. Allhoff, 2009].

Při vyhotovování znaleckých posudků u «lékařských» soudních případů se posuzuje zejména charakter profesních jednání zdravotnických pracovníků v diagnostice a terapii. V současné době odborníci v oblasti kvality zdravotních služeb usilují o vytvoření maximálně účinného systému řízení kvality, jehož součástí je hodnocení náležitosti charakteru (tzv. postup *lege artis*) činnosti zdravotnických pracovníků [I. Gladkij, L. Heger, L. Strnad, 1999; M. Škrlová, 2008; T. Kafka, 2009; R. Policar, 2010]. V praxi posuzování a kontroly kvality lékařské péče ve zdravotnických zařízeních uplatňují se systémy standardů, doporučených postupů, procesní přístup, modely konečných výsledků, aj. [D.B. Nash, N.I. Goldfarb, 2006; J.A. Earp, E.A. French, M.B. Gilkey, 2008; Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice, 2008; R.G. Bialek, G.L. Duffy, J.W. Moran, 2009; L. Forýtková, A. Bourek, 2010; W.A. Sollecito, J. Johnson, 2011; C.P. McLaughlin, J. Johnson, W.A. Sollecito, 2011]. Určitý zájem odborníků vyvolává možnost využití metod elektronické multifaktoriální analýzy pro kvantitativní a kvalitativní posouzení zdravotního stavu pacientů, účinnosti jednotlivých složek systému poskytování péče ve zdravotnickém zařízení, jakož i podmínek jejího poskytování [A. Moutzoglou, A. Kastania, 2010; K. Khoubati, Y.K. Dwivedi, A. Srivastava, 2010; S.M. Kabene, 2010; A. Moutzoglou, A. Kastania, 2010; J. Tan, 2011].

Důležitost zjišťování podmínek poskytování zdravotní péče v rámci znaleckého zkoumání “technologie léčby” v každém konkrétním případě si vyžaduje adekvátní metodologický přístup k analýze charakteru organizace diagnosticko-léčebného procesu ve zdravotnickém zařízení [F. Kavalier, A.D. Spiegel, 2003; D.E. Lighter, D.C. Fair, 2004; G. Spekowius, T. Wendler, 2006; Joint Commission Resources, 2009; D.E. Lighter, 2011]. Nicméně, dle údajů některých autorů pouze v 15,9-20,3 % znaleckých posudků jsou přítomny relevantní údaje o organizaci diagnosticko-léčebného procesu [C.B. Ерофеев, 2000]. Jednou z příčin tohoto je fakt, že v soudní znalecké praxi neexistuje jednotný postup analýzy organizace a podmínek poskytování lékařské péče ve zdravotnickém zařízení [S. Zakharov, 2007, 2008; B. Youngberg, 2010].

Účelnost cíleného zkoumání struktury systému poskytování zdravotnických služeb, zahrnující materiální, technické a personální stránky zdravotnického zařízení, jakož i souhrn dalších faktorů, podmiňujících účinnost diagnosticko-léčebného procesu, je zdůrazněna v celé řadě studií věnovaných problému kvality zdravotní péče [J.M. Paganini, 1993; M.M. Shannon, 2001; W. van Gastel, 2001; S.S. Mick, M.E. Wyttenbach, 2003; J.V. Darmody, 2008]. Struktura systému poskytování služeb ve zdravotnickém zařízení podmiňuje jejich kvalitu a přímo určuje spektrum možností personálu pro poskytování kvalitní zdravotní péče [Medical staff performance improvement. Joint Commission Resources. 2001; M.W. Stanton, 2004; K.M. Stratton, 2005; K. Eggleston, 2006; L.D. Cramer, 2008; A.M. Walling, 2010].

Struktura systému poskytování služeb ve zdravotnickém zařízení je pouze jedním ze tří prvků, které musejí být prozkoumány v rámci posuzování kvality zdravotní péče poskytnuté konkrétnímu pacientovi. Dalšími základními prvky jsou procesy a výsledky [J.F. Byers, S.V. White, 2004; A. Donabedian, 2005; D.J. Block, 2006; T. Athanasiou, A. Darzi, 2010; P. Carayon, 2011]. V základě optimální struktury a náležitých výsledků jsou optimální procesy [A. Wojner, 2001; R.L. Kane, 2006; D.L. Kelly, 2007; J.V. Darmody, 2008; R.L. Kane, D.M. Radosevich, 2010; D.B. Jones, D. Tichansky, J. Morton, 2011; Фомичев С.К., Скрыбина Н.И., 2002]. Procesem je míněna činnost nebo soubor činností, které využívají zdroje k přeměně takzvaných „vstupů“ (totiž původních stavů systému) na „výstupy“ (výsledky, totiž konečné stavy systému) [J.M. Levett, R.G. Burney, 2011; Mezinárodní standardy DIN EN ISO 9001:2000]. Analýza uvedených tří prvků posuzování kvality zdravotní péče (struktura, procesy, výsledky) by měla představovat obsahovou stránku znaleckého posudku v rámci soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby [S. Zakharov, 2008].

Profesní činnost zdravotnických pracovníků lze znázornit jako složitě uspořádanou síť činů přeměny určitého objektu, jejímiž součástmi jsou subjekty, prostředky, procesy a výsledky [J. Rycroft-Malone, T. Bucknall, 2011; B. Hurwitz, A. Sheikh, 2011; S.B. Buchbinder, N.H. Shanks, 2011; C.R. McConnell,

2011; M.W. Mulholland, G.M. Doherty, 2011]. Procesy uskutečňované v rámci určité činnosti se řídí hodnotami a cíli, přičemž cíl je ideálním obrazem výsledku [Степин В.С., 2000]. Znalec při analýze cílů procesů má odpovědět na otázku, co musí být dosaženo prostřednictvím analyzované činnosti. Posouzení činnosti je jednotou procesu a výsledku, což znamená, že souhrn podkladů pro její posuzování musí zahrnovat nejenom normativní, nýbrž i hodnotnou rovinu, umožňující mimo normativistického, procesní a teleologický přístupy [T. Ghaye, 2008; E.D. Pellegrino, H.T. Engelhardt, F. Jotterand, 2008; L. Tondl, 2011].

Procesní přístup k analýze činnosti spočívá v identifikaci jednotlivých procesů, z nichž se tato činnost skládá, a posuzování jejich vzájemných vztahů [B.R. Hegner, B. Acello, E. Caldwell, 2009; R. Carroll, 2009; J.M. Levett, R.G. Burney, 2011; Кузнецов Н.А. и др., 1999; Парфенова Е.Е., 2002]. Kromě kvalitativní stránky, pozornost odborníků musí být věnována kvantitativní charakteristice informace z hlediska její významu pro funkce řízení ve složitých systémech [Хакен Г., 1991; E. Goles, S. Martinez, 2001; G. Nicolis, 2007; T.R. Bossomaier, D.G. Green, 2007; R.B. Northrop, 2010].

Jedním ze základních problémů znalecké analýzy diagnosticko-léčebného procesu je problém definice analytických kritérií, jejich obsahu a přesnosti [J. Hospers, 1997; J. Figueira, S. Greco, M. Ehergott, 2005; H. Khatchadourian, 2007]. Kritérií znaleckého posouzení zdravotní péče jsou kritéria správnosti, úplnosti, včasnosti, někdy slučována do pojmu „postup *lege artis*“ [; S.V. Erofeev, V.P. Novoselov, 2008; T.G. Popova, I.A. Bazikian, G.A. Pashinian et al., 2008; J. Pigolkin, I. Dubrovina, K. Mirzoev, 2011; V.A. Klevno, 2011; Сепреев Ю.Д., Ерофеев С.В., 2001]. Současně chybí potřebná jednoznačnost v definici uvedených kritérií, tedy přesnost a explicitnost jejich obsahu [S.W. Gunn, 2004; A. Cifra, 2004; J. Čtefan, J. Mach, 2005; V. Dvořáková, 2007; L. Vondráček, J. Vondráček, 2008; S. Zakharov, 2008]. Dle údajů S.V. Erofeeva přesná explicitní kritéria posuzování charakteru poskytnuté zdravotní péče jsou používána méně než ve třetině znaleckých posudků [2000]. Nejasnost definice a nepřesnost obsahu kritérií znalecké analýzy je jedním ze základních faktorů snižujících objektivitu a

věrohodnost znaleckého posudku [M.G. Faure, H. Koziol, H. Cousy, 2001; M.C. Bednar, 2002; J.D. Lieberman, D.A. Krauss, 2009]. Úkoly spojené s definicí kritérií znalecké analýzy nejsou doposud uspokojivě řešeny [K. Pyrek, 2007; K. Hadley, M.J. Fereday, 2007; J. Fisher, 2008; S. Zakharov, 2008; Strengthening forensic science in the United States: a path forward. National Research Council (U.S.). Committee on Identifying the Needs of the Forensic Science Community, 2009].

Další problém znalecké analýzy, vyžadující řešení, spočívá ve stanovení příznaků příčinné souvislosti mezi jednáním (opomenutím) zdravotnických pracovníků a nepříznivým výsledkem léčby (újmou na zdraví nebo smrtí), což se jeví jednou z nejsložitějších otázek znalecké praxe [M.S. Henifin, H.M. Kipen, S.R.Poulter, 2000; W.W. Schwarzer, 2000; L. Hamanová, 2011; F. G'Sell-Macrez, 2011]. Složitost problému spočívá jak v nepřítomnosti jednotného názoru filozofů a vědců na definici takových pojmů, jako «příčina», «příčinná souvislost», «následek», «výsledek», tak i v absenci všeobecně uznávaných kritérií příčinné souvislosti. Konceptuální obsah principu kauzality, zformulovaného poprvé ještě Demokritem, má rozličné interpretace, a mění se s vývojem společnosti a vědy [H. Lionel, A. Hart, T. Honoré, 1985; S. Psillos, 2002; J. Woodward, 2005; P. Dowe, 2007; J.K. Campbell, M. O'Rourke, H. Silverstein, 2007; H. Beebee, C. Hitchcock, P. Menzies, 2009]. Filozofické aspekty příčinné souvislosti se hluboce diskutují ve studiích jak zahraničních [J. Pearl, 2000; P. Spirtes, C.N. Glymour, R. Scheines, 2000; S.K. Leung, 2002; N. Campbell, 2003; H.C. Kim, 2008], tak i tuzemských odborníků [T. Machula, 2009]. Nicméně jednotná teorie kauzality nebyla doposud vypracována ani ve filozofii, ani v právní vědě [J. Schaffer, 2005; V. Tadros, 2005; H. Beebee, 2006; J. Stapleton, 2008; H. Beebee, C. Hitchcock, P. Menzies, 2009; M.S. Moore, 2010].

Za nejpodstatnější vlastnosti příčinné souvislosti se považují časový poměr precedence mezi příčinou a následkem, a nezbytnost příčiny pro vznik následku [M. Tooley, 1997; M. Tooley, 1999; H. Beebee, C. Hitchcock, P. Menzies, 2009; W.R. Ott, 2009]. Mezi dalšími příznaky příčinné souvislosti se uvádějí

podmíněnost, jednoznačnost, jednostranná závislost, produktivita, konkrétnost, určitost, aj. [J.E. Corbi, J.L. Prades, 2000; E.J. Hall, 2004; S.L. Morgan, C. Winship, 2007; R. Dechter, H. Geffner, J.Y. Halpern, 2010].

Zvláštní význam ve filozofických a právních studiích má využití kategorií izolované (jednoduché) a systémové (složitě) kauzality, statistické determinace, podmínek dostatečnosti příčiny [P. Dowe, P. Noordhof, 2004; M. Kistler, 2006; M. Kistler, B. Gnassounou, 2007; T. Handfield, 2009]. V moderních studiích, věnovaných příčinné souvislosti, se zdůrazňuje důležitý přechod od poznání izolované příčiny k poznávání systémové kauzality [R. Fumerton, K. Kress, 2001; M. Bunge, 2008; D.F. Batten, 2009; S. Turner, 2010].

Z očividných důvodů přetrvává zájem odborníků ve forenzní medicíně a právníků se specializací v medicínském právu o problém kritérií kauzálního vztahu mezi jednáními zdravotnických pracovníků a újmou na zdraví (smrtí) pacienta v případě nepříznivého výsledku léčby, přičemž se zdůrazňuje ve znalecké praxi absence jednotného přístupu ke stanovení příčinné souvislosti, jakož i existence určitých rozporů mezi jednotlivými hledisky na teoretické a praktické aspekty řešení problému, což dokládá aktuálnost dalšího výzkumu v tomto směru [R. Goldberg, 1999; I.R. Freckelton, D. Mendelson, 2002; L. Khoury, 2006; Ардашкин А.П., Кулахметова Н.Ф., 2001]. Nepochybný význam v této souvislosti má míra kompetence znalce stanovit příčinnou souvislost. V současnosti tyto limity nejsou jasně definovány, což se odráží na kvalitě znaleckých posudků [L. Hamanová, 2011; S. Zakharov, 2008; Ю. Сергеев, С. Ерофеев, 2001].

Pro objektivní posouzení je pochopitelně zcela zásadní znalcová odborná kompetentnost a dostatek medicínských znalostí o charakteru onemocnění (například pravděpodobnost komplikací), o riziku jednotlivých diagnostických a léčebných zákroků, o vlivu na úspěšnost léčby jednotlivých objektivních a subjektivních faktorů [M. Jenicek, D. Hitchcock, 2005; P. Glasziou, C. Del Mar, J. Salisbury, 2007; E.T. Liu, D.A. Lauffenburger, 2009; T. Hoffmann, S. Bennett, C. Del Mar, 2009; J.H. Howick, 2011; Гублер Е.В., 1990]. Příznačná je skutečnost,

že v současnosti právníci častěji vyžadují po znalcích právě kvantitativní, statistické hodnocení jednotlivých jevů spojených se vznikem nepříznivého výsledku léčby [L.M. Deutsch, 2001; P.W. Iyer, B.J. Levin, 2006; W.H. Roach, 2006; K.S. Appleby, J. Tarver, 2006; S. Zakharov, 2011]. Právě kvantitativní („evidence-based“) informace o charakteru onemocnění, jeho průběhu, riziku komplikací a pravděpodobnosti nepříznivého výsledku rozvoje onemocnění může sloužit spolehlivým vědeckým základem pro znaleckou analýzu v rámci posuzování příčinné souvislosti, účinnosti jednotlivých diagnostických a léčebných opatření, charakteru vztahů mezi profesní činností zdravotnického pracovníka a výsledkem léčby [J.M. Morse, J.M. Swanson, A.J. Kuzel, 2001; D.L. Faigman, 2005; C.H. Cwik, H.E. Witt, 2007; E.L. Melnick, B. Everitt, 2008; M. Jenicek, 2010; J.C. Bailar, D.C. Hoaglin, 2012].

Závěrem lze konstatovat, že ke dnešnímu dni byla uskutečněna řada studií týkajících se jednotlivých aspektů znaleckých posudků podle materiálů trestněprávních a občanskoprávních případů spojených s nenáležitým plněním zdravotnickými pracovníky profesních povinností a nepříznivým výsledkem léčby. Byla prozkoumána procesní stránka těchto soudních expertiz, byl shromážděn důležitý jak z právního, tak i ze zdravotnického hlediska, faktický materiál. Tento materiál svědčí o přítomnosti určitých problémů vyžadujících další výzkum zejména v oblasti metodologie znalecké analýzy:

1) absence jednotného metodologického přístupu k uskutečňování znalecké analýzy, což znesnadňuje posuzování znaleckého posudku jako důkazu soudem a orgány činnými v trestním řízení, zejména ověření vědecké opodstatněnosti a věrohodnosti znaleckých závěrů;

2) absence definice pojmů znalecké analýzy, což je nezbytným metodologickým předpokladem analytického zkoumání objektu; nejsou například definovány objekt, předmět, cíl, úkoly, metody, ani etapy znalecké analýzy;

3) nedostatečná pozornost otázkám znalecké analýzy charakteru onemocnění pacienta, organizace a podmínek diagnosticko-léčebného procesu, jeho účinnosti a

výsledků, což může mít za následek jednostrannost a neúplnost znaleckého posudku a jeho závěrů;

4) chybění definic jednotlivých kritérií znalecké analýzy diagnosticko-léčebného procesu, na jejichž základě soud a orgány činné v trestním řízení mohou dospět k závěru o náležitém/nenáležitým charakteru jednání zdravotnického pracovníka v konkrétní klinické situaci;

5) absence jednotného přístupu ke stanovení příčinné souvislosti mezi jednáním zdravotnického pracovníka a újmou na zdraví (smrtí) pacienta ve znaleckých posudcích, metodologické nedostatky při řešení otázek kauzality v případech nepříznivého výsledku léčby.

Uvedený přehled literatury svědčí o aktuálnosti studia metodologie znalecké analýzy v rámci soudních případů spojených s nenáležitým plněním zdravotnickými pracovníky profesních povinností a nepříznivým výsledkem léčby, což určilo cíl a úkoly našeho studia.

KAPITOLA 2. MATERIÁL A METODY

§ 2.1. Cíl a úkoly studie.

Cílem studie bylo vypracování metodiky znalecké analýzy, zajišťující všestrannost, úplnost a objektivnost zkoumání znalce podle materiálů trestněprávních a občanskoprávních soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby a nenáležitým plněním profesních povinností zdravotnickými pracovníky.

K dosažení uvedeného cíle byly stanoveny následující úkoly studie:

- vypracovat program a metodiku zkoumání obsahové stránky znaleckých posudků uvedené kategorie (karta analýzy znaleckého posudku);
- vytvořit dotazník a analyzovat názory zdravotnických pracovníků a právníků se specializací v medicínském právu na základní problémy obsahové stránky znaleckého posudku uvedené kategorie;
- formulovat pojmový aparát znalecké analýzy (objekt, předmět, cíl, úkoly);

- prozkoumat právní a organizační aspekty příbrání znalce, formulování znaleckého úkolu, procedury znaleckého zkoumání a vyhotovení znaleckého posudku dle materiálů případů uvedené kategorie;
- zjistit charakter a vlastnosti myšlenkové činnosti znalců při zkoumání materiálů případů uvedené kategorie, prozkoumat způsob analýzy a uvádění ve znaleckých posudcích údajů o skutečnostech vztažených ke kvalitě poskytnuté zdravotní péče a vzniku nepříznivého výsledku onemocnění (úrazu);
- stanovit posloupnost a obsah jednotlivých etap znalecké analýzy;
- navrhnout metodiku znalecké analýzy přítomného onemocnění (úrazu), organizace a podmínek uskutečňování diagnosticko-léčebného procesu, definovat obsah jednotlivých kritérií hodnocení charakteru posuzovaných znalcem diagnostických a léčebných opatření v rámci zkoumaného případu;
- popsat příznaky příčinné souvislosti mezi konáním (opomenutím) zdravotnických pracovníků při plnění svých profesních povinností a újmou na zdraví (úmrtím), které mají být stanoveny v rámci znalecké analýzy.

§ 2.2. Charakteristika objektu zkoumání

Objektem zkoumání byla nejprve obsahová stránka znaleckých posudků dle materiálů trestněprávních a občanskoprávních soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby. Při výběru objektu zkoumání jsme vycházeli ze skutečnosti, že z pozice systémového přístupu ke studiu metodologie znalecké analýzy dle materiálů případů uvedené kategorie je účelné její zkoumání jako celku bez vytváření výběrového souboru jednotlivých prvků.

Při analýze obsahové stránky znaleckých posudků jsme použili metodu plošného zkoumání (116 znaleckých posudků). Tyto znalecké posudky z let 2004-2011 poskytli znalci z různých lékařských oborů (uvedené v rejstříku znalců České republiky) dobrovolně po anonymizaci osobních údajů ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně dalších zákonů, v platném znění, na základě standardního postupu, vypracovaného v Centru pro zdravotnické právo a bioetiku 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze.

Před poskytnutím posudků každý znalec obdržel od autora studie Čestné prohlášení o zpracování znaleckých posudků výhradně za vědeckým účelem použití v doktorském projektu (viz přílohu č. 4). V rámci tohoto čestného prohlášení autor se mimo jiné zavazoval zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, majících povahu citlivých údajů dle zákona 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Další etapou v rámci sběru faktického materiálu každý znalec poskytl autorovi studie písemné Prohlášení o poskytnutí znaleckého posudku po anonymizaci osobních údajů ve smyslu zákona 101/2000 Sb. (viz přílohu č. 5). Detailní údaje ohledně oborů, v nichž byly zpracovány jednotlivé znalecké posudky, jsou uvedeny v tabulce 1.

Tabulka 1. Lékařské obory hodnocených znaleckých posudků.

Znalecký obor	Počet znaleckých posudků	Podíl znaleckých posudků (%)
Chirurgie	47	40,5
Gynekologie a porodnictví	38	32,7
Oční lékařství	9	7,7
Interní lékařství	6	5,2
Neurologie	7	6,0
Psychiatrie	5	4,3
Ostatní obory	4	3,6
Celkem	116	100

Vyběrová metoda byla použita pro zkoumání a analýzu problémů důkazní hodnoty znaleckých posudků v rámci trestněprávních a občanskoprávních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby. Měřenými objekty pozorování v tomto případě byly dva reprezentativní statistické soubory, vytvořené metodou

typologického výběru: zdravotničtí pracovníci (50 dotazníků) a právníci se specializací v oblasti medicínského práva (50 dotazníků).

Stanovení nutného počtu jednotek pozorování pro výběrovou studii za účelem získání reprezentativních výsledků bylo uskutečněno jak za použitím klasické metody, založené na využití výsledkového ukazatele, tak i jiných metod bez jeho stanovení. Za výsledkový ukazatel byl vybrán faktor, který měl největší význam pro účely studie. Výpočty nezbytného počtu pozorování při dotazování zdravotnických pracovníků a právníků v závislosti na požadované přesnosti a spolehlivosti výsledků výzkumu, tedy pro získání stabilních výsledků při potřebné přípustné přesnosti a věrohodnosti činily 44 jednotky pozorování (tabulková hodnota t-kritéria $(\Delta/\delta) = 0,3; p < 0,05$).

Minimální rozsah dvou výběrových souborů, vypočtený dle výsledkového ukazatele za účelem zjištění spektra problémů spojených s důkazní hodnotou posuzování kvality lékařské péče v rámci znaleckého zkoumání a s charakterem uvedení odpovídající informace ve znaleckých posudcích, zahrnoval 49 jednotek pozorování na základě použití následujícího vzorce:

$$n = \frac{t^2 \times p \times (100 - p)}{\Delta^2},$$

kde t – t-kritérium, které v daném případě mělo hodnotu 2,0 při hladině spolehlivosti $p = 0,95$; p – průměrný podíl znaleckých posudků, které obsahují potřebné údaje, týkající se organizace a podmínek diagnosticko léčebného procesu; Δ – přípustná veličina chyby při hladině spolehlivosti $p = 0,95$.

Uvedené výpočty potřebného počtu jednotek pozorování ve dvou statistických souborech ukázaly, že při optimální přesnosti pro získání reprezentativního výsledku je zapotřebí minimálně 49 jednotek pozorování (dotazníků). Proto bylo dotazováno 50 zdravotnických pracovníků a 50 právníků se specializací v oblasti medicínského práva, výsledky byly zahrnuty a dále zpracovány ve studii.

§ 2.3. Program a metodika komplexní studie obsahové stránky znaleckých posudků v rámci trestněprávních a občanskoprávních soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby (výzkumný přístup a sběr dat).

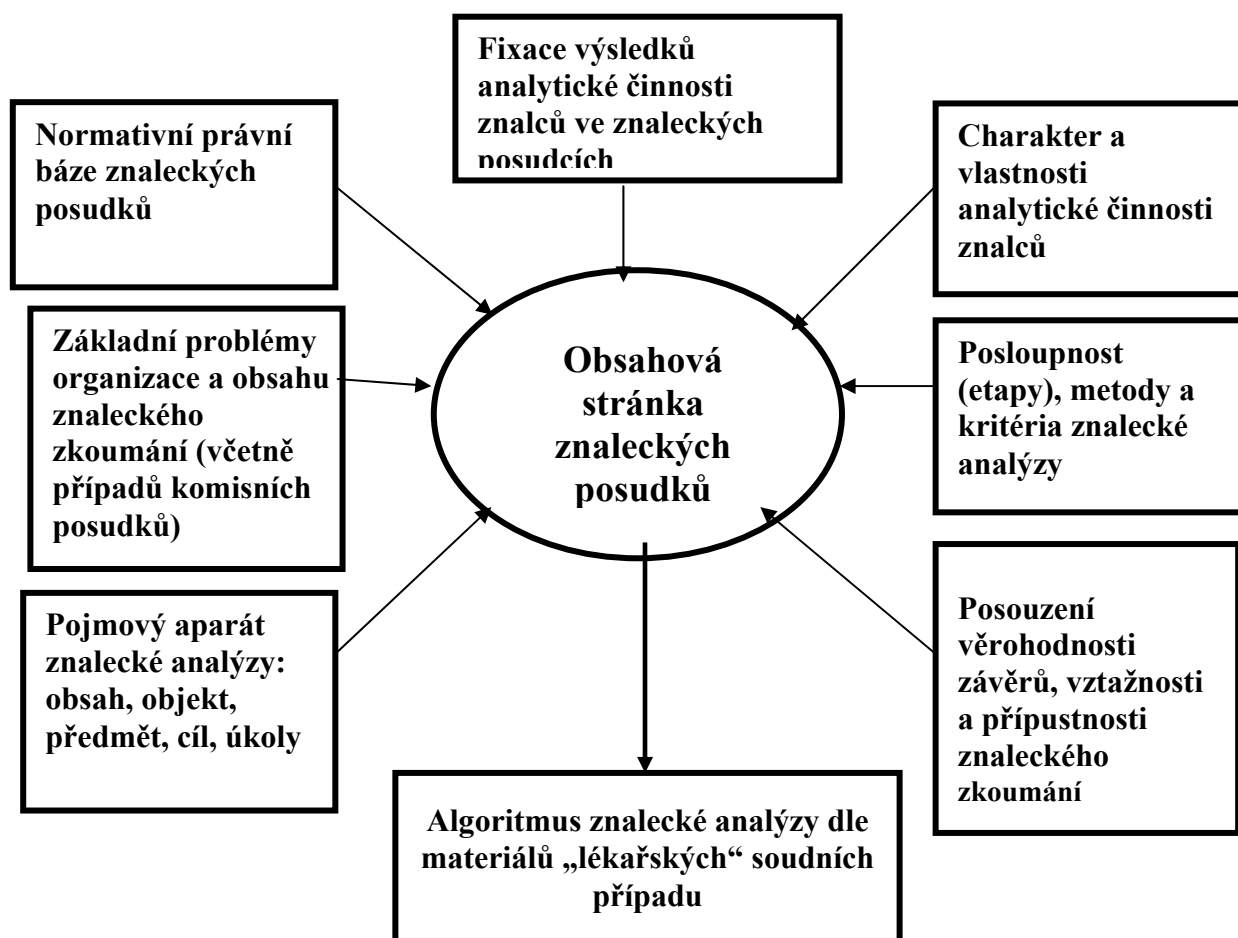
Pro realizaci studie jsme vypracovali program “ Komplexní studie obsahové stránky znaleckých posudků dle materiálů trestněprávních a občanskoprávních soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby” (schéma 1) obsahující sedm oddílů, který umožnil: prozkoumat normativní právní bázi znaleckých posudků; zjistit základní problémy organizace a obsahu znaleckého zkoumání; vytvořit pojmový aparát znalecké analýzy (definovat její objekt, předmět, cíl a úkoly), určit její obsah; prozkoumat charakter a vlastnosti analytické myšlenkové činnosti znalců; analyzovat úplnost fixace výsledků analytické činnosti znalců v posudcích; stanovit posloupnost (etapy), metody a kritéria znalecké analýzy při zkoumání kvality zdravotní péče poskytované ve zdravotnickém zařízení, popsat příznaky příčinné souvislosti mezi jednáním zdravotnických pracovníků a nepříznivým výsledkem léčby, posoudit věrohodnost závěrů, přípustnost a vztažnost znaleckého zkoumání, založeného na navržené metodice.

Každý z uvedených oddílů programu obsahoval několik pododdílů, jejichž realizace pomohla vytvořit celistvý obraz zkoumaného objektu. Na základě uskutečnění programu studie byla vypracována metodika (doporučený postup) znalecké analýzy, zajišťující všestrannost, úplnost a objektivnost znaleckého zkoumání v rámci trestněprávních a občanskoprávních soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby a nenáležitým plněním zdravotnickými pracovníky svých profesních povinností.

Výběr metodických postupů uskutečňování studie byl určen cílem, úkoly a programem výzkumu. Studie měla několik stupňů (tabulka 2) s vlastním cílem, objektem, jednotkou pozorování, zdroji získávání informací, dokumenty sběru a zpracovávání faktického materiálu, dále analyzované charakteristiky a ukazatele.

V první etapě studie jsme analyzovali relevantní normativní právní předpisy, upravující organizaci a uskutečňování znaleckých posudků, i odborných předpisů tvořících metodologický a „technologický“ rámec poskytování zdravotní péče.

Schéma 1. Schéma studie obsahové stránky znaleckých posudků podle materiálů trestněprávních a občanskoprávních soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby.



V druhé etapě jsme vytvořili dotazník, pomocí něhož jsme se dotazovali 50 právníků se specializací v oblasti medicínského práva (dotazník – příloha č. 1) s cílem analýzy problémů důkazní hodnoty znaleckých posudků, posuzování charakteru nezbytných podmínek všestrannosti, úplnosti a objektivnosti znaleckého zkoumání.

Třetí etapa programu zahrnovala vytvoření dotazníku a jeho distribuci 50 zdravotnickým pracovníkům za účelem zjištění jejich názorů na charakter vlivu jednotlivých objektivních a subjektivních faktorů na pravděpodobnost a faktorovou

podmíněnost nepříznivého výsledku léčby, jakož i srovnávacího hodnocení objektivnosti a úplnosti znaleckých posudků jako jednoho z důkazů dle studovaných soudních případů (dotazník – příloha č. 2).

Dotazování právníků a zdravotnických pracovníků bylo uskutečňováno výběrovou metodou. Do prvního statistického souboru byli zařazeni právníci, kteří v praxi řešili občanskoprávní a trestněprávní soudní případy spojené s nepříznivým výsledkem léčby nebo nenáležitým plněním zdravotnickými pracovníky svých profesních povinností. Do druhého statistického souhrnu byli zařazeni lékaři různých oborů (chirurgové, gynekologové, interní lékaři, rentgenologové, aj.), v jejichž činnosti je pravděpodobný vyšší výskyt profesních chyb a tedy i soudních případů v důsledku nepříznivého výsledku léčby.

V dotaznících byly použity otázky zavřeného (výběr z několika nabízených variant) a otevřeného typu (kvantitativní posuzování jednotlivých skutečností). Sběr dotazníků probíhal hned po jejich vyplnění za účelem zajištění maximální návratnosti. Dotazování bylo anonymní, čas vyplňování dotazníku byl maximálně 30 minut. Daná metoda byla průběžně doplňována metodou interview, totiž získávání odpovědí na položené otázky, která připouštěla ústní a písemné vysvětlení respondentů za účelem upřesnění v průběhu pohovoru pozice respondenta vůči studovanému problému.

Ve čtvrté etapě programu jsme hodnotili kvalitu (po stránce úplnosti, informativnosti, soustavnosti) výpisů ze zdravotnické dokumentace, které jsou podkladem pro znaleckou analýzu v rámci jednotlivých trestněprávních a občanskoprávních případů. Cíl realizace této etapy studie spočíval v posouzení adekvátnosti výpisů potřebných odborných údajů ohledně vzniku nepříznivé klinické situace poskytnutých znalci v rámci řešeného soudního případu, dále ve vytvoření podkladů pro stanovení kritérií hodnocení informací v rámci znalecké analýzy. Hodnocení výpisů ze zdravotnické dokumentace přítomných v obsahu znaleckých posudků bylo uskutečněno plošnou metodou.

V rámci páté etapy programu byl analyzován obsah znaleckých posudků za použití námi vytvořené karty znalecké analýzy (viz přílohu č. 3), která zahrnovala

tří částí: analýza charakteru přítomného onemocnění (úrazu), analýza charakteru diagnosticko-léčebného procesu a analýza příznaků příčinné souvislosti. Šlo o zkoumání analytického postupu jednotlivých znalců a adekvátnosti jeho fixace v posudku, metod, používaných znalci, a kritérií hodnocení diagnosticko-léčebného procesu a jeho výsledků.

Poslední, šestá etapa studie zahrnovala naši bezprostřední účast na znalecké práci při uskutečňování zkoumání a vyhotovení znaleckých posudků, pak účast na činnosti právníků při zkoumání a posuzování posudků jako důkazů v rámci trestněprávního a občanskoprávního soudního řízení. Cíl dané etapy spočíval v posuzování všestrannosti a úplnosti otázek znaleckých úkolů, organizačních aspektů určujících obsahovou stránku znaleckých posudků, jakož i ve zjištění charakteru požadavků právníků k obsahu znalecké analýzy.

Závěrem poslední etapy studie bylo vytvoření metodiky (doporučeného postupu) znalecké analýzy v rámci trestněprávních a občanskoprávních soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby. Tedy zpracovaný program a metodika komplexní studie umožnily řešit položené úkoly a dosáhnout cíle výzkumu.

§ 2.4. Výčet metod použitých ve studii a postupů vyhodnocování dat.

V rámci studie jsme použili následující systém metod a postupů: organizační metody (srovnávací, komplexní), empirické metody (pozorování, dotazování, deskriptivní metoda), metody kvalitativního zpracování údajů (procesní analýza, informačně kontextní analýza, maticová analýza, logická analýza, situační analýza, příčinná analýza), statistické metody, interpretační metody (dialektický, systémový, strukturní interpretace).

Srovnávací metoda byla použita pro porovnávání různých charakteristik objektu zkoumání. Komplexní metoda byla aplikována jako způsob organizace systémového výzkumu znalecké činnosti, který umožnil zjištění strukturních a funkčních souvislostí mezi jednotlivými prvky objektu zkoumání.

Tabulka 2. Etapy studia obsahové stránky znaleckých posudků v rámci soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby

Eta- py	Objekt studia	Zdroj informace	Dokument sběru materiálu	Základní charakteristiky analýzy	Hlavní úkoly analýzy objektu
1.	Normativní reglementace obsahové stránky znaleckých posudků	Normativní akty, odborné předpisy, literární vědecké a metodické zdroje	Karty znalecké analýzy, znalecké posudky	- normativní reglementace organizace a uskutečňování znaleckého zkoumání dle materiálů soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby;- normativní reglementace profesní činnosti zdravotnických pracovníků v rámci poskytování zdravotní péče	- zjistit charakter, obsah a nedostatky normativní reglementace organizace a realizace znaleckého zkoumání dle materiálů soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby; - prostudovat systém normativní reglementace profesní činnosti zdravotnických pracovníků v rámci poskytování zdravotní péče
2.	Důkazní hodnota znaleckého posudku pro právníky se specializací v oblasti medicínského práva	Údaje získané dotazováním právníků se specializací v oblasti medicínského práva	Dotazníky pro právníky se specializací v oblasti medicínského práva	- podmínky všestrannosti, úplnosti a objektivnosti znaleckého zkoumání v rámci soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby; - charakteristika věrohodnosti a objektivnosti jednotlivých důkazů v rámci uvedené kategorie soudních případů;- faktory podmiňující výskyt nepříznivého výsledku léčby při poskytování zdravotní péče; - charakteristika pojmu «lékařský omyl»	- uskutečnit srovnávací výzkum posouzení věrohodnosti znaleckého posudku a jiných soudních důkazů právníky se specializací v oblasti medicínského práva a zdravotnickými pracovníky; - určit podmínky všestrannosti, úplnosti a objektivnosti znaleckého zkoumání v rámci soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby a nenáležitým plněním zdravotnickými pracovníky profesních povinností
3.	Objektivita a úplnost znaleckého zkoumání, určení faktorové podmíněnosti nepříznivého výsledku léčby	Údaje získané dotazováním zdravotnických pracovníků	Dotazníky pro lékaře	- vlastnosti situace výskytu nepříznivého výsledku onemocnění (úrazu) včetně případů lékařských omylů; - posouzení faktorů důležitých pro vznik lékařských omylů; - posouzení vnějších a vnitřních faktorů podmiňujících výskyt nepříznivého výsledku onemocnění (úrazu);- posouzení kritérií objektivnosti a úplnosti jednotlivých druhů důkazů v rámci soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby	- zjistit odborné hodnocení charakteru vlivu objektivních a subjektivních faktorů na pravděpodobnost výskytu nepříznivého výsledku onemocnění (úrazu); - určit faktory podmiňující výskyt nepříznivého výsledku onemocnění (úrazu), které mají být prozkoumány v rámci znalecké analýzy; - určit faktory zabezpečující objektivnost a úplnost znaleckého posudku jako důkazu v rámci soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby
4.	Adekvátnost výpisů ze zdravotnické dokumentace potřebných	Znalecké posudky	Karty znalecké analýzy, znalecké posudky	- posouzení kvality (úplnosti, informativnosti, soustavnosti) výpisů ze zdravotnické dokumentace, které jsou podkladem pro znaleckou analýzu;	- zjistit kvalitu výpisů ze zdravotnické dokumentace jako základního zdroje informace a podkladu pro znaleckou analýzu; - zhodnotit adekvátnost odražení ve výpisech

	odborných údajů			<ul style="list-style-type: none"> - posouzení adekvátnosti odražení ve výpisech ze zdravotnické dokumentace odborných údajů ohledně klinické situace vzniku nepříznivého výsledku léčby; - vytvoření podkladů pro stanovení kritérií hodnocení informace (informační analýzy) v rámci znalecké analýzy 	<p>ze zdravotnické dokumentace potřebných pro znalce odborných údajů;</p> <ul style="list-style-type: none"> - definovat explicitní kritéria hodnocení informace (kritéria informační analýzy) v rámci znalecké analýzy diagnosticko léčebného procesu
5.	Charakter analytické činnosti znalců a její fixace ve znaleckém posudku	Znalecké posudky	Karty znalecké analýzy, znalecké posudky	<ul style="list-style-type: none"> - znalecká analýza charakteru přítomného onemocnění (úrazu); - znalecká analýza organizace a podmínek poskytování zdravotní péče; - znalecká analýza správnosti, úplnosti, včasnosti a adekvátnosti diagnosticko léčebného procesu; - znalecká analýza výsledků diagnosticko léčebného procesu a příznaků příčinné souvislosti 	<ul style="list-style-type: none"> - zjistit charakter a vlastnosti myšlenkové (analytické) činnosti znalců při zkoumání podle materiálů soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby; - zjistit charakter fixace průběhu a výsledků analytické činnosti v znaleckém posudku; - prozkoumat stupeň zpracování pojmového aparátu znalecké analytiky; - určit posloupnost (etapy) znalecké analýzy dle materiálů soudních případů - určit analytické metody a kritéria posouzení organizace a podmínek poskytování zdravotní péče, její kvality a účinnosti; - popsat příznaky příčinné souvislosti mezi jednáními zdravotnického pracovníka a újmou na zdraví (nepříznivým výsledkem)
6.	Organizace a uskutečnění znaleckého zkoumání, hodnocení znaleckých posudků právníky jako soudních důkazů	Bezprostřední účast na znalecké práci, činnosti advokátů se specializací v oblasti medicínského práva	Karta znalecké analýzy, znalecké posudky	<ul style="list-style-type: none"> - analýza procedury přibrání znalců a vytvoření znaleckého úkolu v rámci vyšetřování soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby; - analýza organizace činnosti znalců včetně případů komisních znaleckých posudků dle materiálů soudních případů; - analýza procedury zkoumání a posuzování právníky znaleckých posudků jako důkazů v rámci vyšetřování soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby; 	<ul style="list-style-type: none"> - prozkoumat úplnost a všestrannost znalecké analýzy charakteru přítomného onemocnění (úrazu), organizace a podmínek poskytování zdravotní péče, charakteru diagnosticko léčebného procesu, jeho výsledků a příznaků příčinné souvislosti dle materiálů soudních případů uvedené kategorie; - prozkoumat organizační aspekty podmiňující obsahovou stránku znaleckých posudků dle materiálů „lékařských“ soudních případů; - zjistit charakter požadavků, které kladou právníky, orgány činné v trestním řízení a soud k obsahu znaleckého posudku; - zpracovat algoritmus znalecké analýzy dle materiálů soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby

Pozorování spočívalo v plánovaném sledování činnosti znalců při vyhotovení znaleckých posudků dle materiálů konkrétních soudních případů. V rámci pozorování se autor bezprostředně zúčastnil jak jednotlivých etap znaleckého zkoumání, tak i činnosti právníků při hodnocení znaleckého posudku jako důkazu v rámci trestněprávního a občanskoprávního řízení. Deskriptivní metoda byla použita při fixaci výchozích informací ohledně objektu zkoumání do karet znalecké analýzy, pracovních záznamů, vytvoření na jejich základě schémat, grafů a tabulek. Definice pojmů znalecké analýzy byly vytvořeny v rámci studie.

Při studiu tuzemských a zahraničních normativních aktů upravujících otázky znalecké analýzy, vědeckých a odborných publikací věnovaných tomuto problému, byla použita content-analýza. Z textů byly vybírány a zkoumány údaje metodologického charakteru, týkající se požadavků na strukturu a obsah znaleckého posudku, metod hodnocení kvality výsledků, zjišťovaly se priority autorů ve vztahu k jednotlivým prvkům a nedostatečně prozkoumané oblasti v rámci studované problematiky.

Při posuzování kvality poskytování zdravotní péče byly použity prvky procesního přístupu v souladu s metodickými pokyny TUV Nord Akademie/TUV-Akademie Rheinland GmbH) [Quality Management. T 1-2 Revision 03 (2001: 03). – TUV NORD AKADEMIE / TUV-Akademie Rheinland GmbH / TUV Akademie GmbH] a Mezinárodními standardy DIN EN ISO 9001:2008. Procesní přístup se uplatňoval v aspektech identifikace jednotlivých procesů, posuzování jejich vzájemných vztahů včetně informačních a výsledků uskutečňování v rámci systému poskytování zdravotní péče. V rámci zkoumání kvalitativních a kvantitativních charakteristik informace v posuzovaných klinických případech v kontextu konkrétních podmínek uskutečňování diagnosticko léčebného procesu byla použita informační (kontextní) analýza popsána výše.

Metoda maticové analýzy byla použita při zjišťování strukturních zákonitých souvislostí mezi základními prvky analyzovaných kategorií a vytváření

jednotlivých matic s jejich následujícím porovnáváním se skutečnými objekty. Uvedená metoda byla aplikována při vytvoření postupu znalecké analýzy charakteru přítomného onemocnění, organizace a podmínek poskytování zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení. Analýza „geneze“ onemocnění jako druh deduktivní metody se používala při zkoumání dynamiky patologického procesu, který vedl k nepříznivému výsledku léčby. V práci jsme také použili logickou analýzu, což umožnilo úplněji rozkrýt obsahovou podstatu zkoumaného objektu přes kategorie obecného, zvláštního a jedinečného. Metoda situační analýzy byla užitečná při charakteristice jedinečných příznaků konkrétních klinických situací. Studium složitých příčinných souvislostí, které jsou předmětem znaleckého posuzování, bylo uskutečněno prostřednictvím metody příčinné analýzy.

V rámci statistického zpracování výsledků studie provedena kontrola materiálu z hlediska úplnosti a přesnosti údajů. Informace, které neodpovídaly stanoveným požadavkům, nebyly evidovány a zpracovány. Byly vyřazeny nekvalitně vyplněné dotazníky, bylo provedeno kódování otevřených dotazů a přenos primární informace do počítačové databáze v programu Excel. Pro statistické zpracování výsledků v práci byly použity výpočty relativních ukazatelů a metoda neparametrické korelace (t-test). Všechny výpočty byly provedeny za použití počítače ASUS AMD Turion v operačním systému Microsoft Windows XP.

§ 2.5. Priorita a praktický význam studie.

Vědecká priorita dané studie je určena tím, že poprvé:

- byl podle jednotné metodiky uskutečněn výzkum obsahové stránky znaleckých posudků dle materiálů trestněprávních a občanskoprávních soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby a nenáležitým plněním zdravotnickými pracovníky svých profesních povinností;

- byly navrženy definice pojmů znalecké analýzy v rámci soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby a nenáležitým plněním zdravotnickými pracovníky svých profesních povinností;
- byl navržen postup a metody znalecké analýzy přítomného onemocnění (úrazu), organizace a podmínek poskytování zdravotní péče, diagnosticko-léčebného procesu v rámci znaleckého posudku podle materiálů soudních případů uvedené kategorie;
- byl definován obsah jednotlivých kritérií hodnocení charakteru diagnostických a léčebných opatření, výsledků poskytování zdravotní péče a příznaků příčinné souvislosti mezi konáním (opomenutím) zdravotnických pracovníků při plnění profesních povinností a újmou na zdraví (úmrťm) pacienta;
- v případech komisních znaleckých posudků byla odůvodněna účelnost zařazení do komise odborníků proškolených v otázkách kontroly a řízení kvality zdravotní péče.

Praktický význam dané studie je určen tím, že na základě její výsledků byla:

- zpracována a odůvodněna pro použití v praxi metodika znalecké analýzy zajišťující všestrannost, úplnost a objektivitu znaleckého posudku podle materiálů trestněprávních a občanskoprávních soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby a nenáležitým plněním zdravotnickými pracovníky svých profesních povinností;
- odůvodněná doporučení týkající se uvedení v posudku průběhu a výsledků znalecké analýzy, což zvyšuje účinnost využití odborných medicínských znalostí při napomáhání orgánům činným v trestním řízení a soudům ve zjišťování skutečností podléhajících dokazování v rámci soudního případu, usnadňuje prověrku znaleckého posudku jako důkazu, snižuje pravděpodobnost opakovaných posudků;
- odůvodněna účelnost stanovení názorů zdravotnických pracovníků a právníků se specializací v medicínském právu na základní problémy obsahové stránky

znaleckého posudku podle materiálů soudních případů uvedené kategorie jako možného nástroje kontroly kvality znalecké analýzy.

Publikace. Dle tématu disertace bylo publikováno 22 článků včetně 5 článků v referovaných odborných časopisech s impakt-faktorem.

Rozsah a struktura disertační práce. Disertační práce obsahuje 201 stránku (vlastní text disertace - 161 stránka, seznam literatury - 32 stránky, přílohy – 8 stránek). Obsah práce se skládá z úvodu, šesti kapitol (přehled literatury, materiál a metody, čtyři kapitoly vlastního výzkumu (kapitoly 3-6)), závěru, praktických doporučení, seznamu literatury obsahujícího 378 zdrojů, 5 příloh. Práce obsahuje 8 tabulek, 20 schémat a 11 obrázků.

§ 2.6. Teze disertační práce.

- Znaleckou analýzu podle materiálů trestněprávních a občanskoprávních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby je nutno považovat za nezbytný prvek znaleckého zkoumání, který zabezpečuje jeho všestrannost, úplnost a objektivnost, jakož i náležitou opodstatněnost učiněných závěrů, tady základní požadavky věrohodnosti znaleckého posudku jako soudního důkazu.
- Znaleckou analýzu je zapotřebí uskutečňovat na základě unifikovaného metodologického přístupu zahrnujícího přesnou definici objektu, předmětu, cíle a úkolů; metodika (algoritmus) analýzy je formalizovaný postup realizace následujících pěti etap: vytvoření systému verzí ohledně příčiny nepříznivého výsledku léčby; analýza charakteru přítomného onemocnění (úrazu); analýza organizace a podmínek poskytování zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení; analýza správnosti, úplnosti, včasnosti a adekvátnosti opatření v rámci diagnosticko-léčebného procesu; analýza výsledků diagnosticko-léčebného procesu a příznaků příčinné souvislosti mezi jednáním zdravotnických pracovníků a újmou na zdraví.
- Pro účely znalecké analýzy souhrn opatření v rámci poskytování zdravotní péče konkrétnímu pacientovi lze považovat za otevřený procesní

informační systém, v jehož rámci je posloupnost realizace jednotlivých procesů (lékařských opatření) určena rozsahem a obsahem diagnostické informace, a charakter konečného výsledku je pravděpodobnostně determinován komplexem vnějších a vnitřních faktorů, mezi nimiž patří adekvátnost uskutečňovaných lékařských zákroků.

- Z obsahového hlediska existuje určitá míra podobnosti mezi znaleckým posudkem v rámci soudního řízení a odborným posudkem kvality poskytnuté péče, který se zpravidla provádí v předsoudní etapě řešení konfliktních situací, což v případě komisních (ústavních) znaleckých posudků svědčí o účelnosti jmenování odborníků proškolených v oblasti kontroly a řízení kvality zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení.
- Analytická činnost znalce má být zaměřena na stanovení následujících příznaků příčinné souvislosti: časová posloupnost, systémový charakter příčiny nepříznivého výsledku, přítomnost nezbytného prvku a určitého souboru dostatečných podmínek systémové příčiny, příznak nepřetržitosti dostatečných podmínek systémové příčiny. Na základě stanovených příznaků v komplexu s údaji z jiných zdrojů (důkazů) orgány činné v trestním řízení a soud řeší právní otázku přítomnosti příčinné souvislosti mezi jednáním zdravotnických pracovníků a újmou na zdraví (úmrťm) pacienta.
- V rámci posuzování a hodnocení posudku závěry znalce je možno hodnotit jako věrohodné, jestli kategorická tvrzení jsou doprovázena náležitým (jednoznačným a spolehlivým) odborným opodstatněním jejich pravdivosti v rámci uskutečněné znalecké analýzy, které tedy nenechává “analytické mezery” a otevřené otázky vyžadující další odborné prokazování, a proto zákonitě vyvolává u posuzující osoby subjektivní jistotu, vnitřní přesvědčení v pravdivosti těchto tvrzení.

KAPITOLA 3. METODOLOGIE ZNALECKÉ ANALÝZY PODLE MATERIÁLŮ TRESTNĚPRÁVNÍCH A OBČANSKOPRÁVNÍCH PŘÍPADŮ SPOJENÝCH S NEPŘÍZNIVÝMI VÝSLEDKY LÉČBY

§ 3.1. Definice pojmů znalecké analýzy.

Znaleckou analýzu podle materiálů soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby je zapotřebí provádět na základě principů všestrannosti, úplnosti a objektivnosti zkoumání. Uvedené principy jsou nezbytnou podmínkou zkoumání skutečností případů jak v rámci trestního (§ 2 odstavec 5 Trestního řádu), tak i občanskoprávního řízení (§ 117 Občanského soudního řádu).

Všestrannost analýzy znamená, že v jejím průběhu je nutno řádně vyšetřit a prozkoumat všechny podstatné okolnosti případu, všechna fakta důležitá pro formulaci správných závěrů, projednat všechny verze vyplývající ze zkoumaných skutkových okolností. Pod úplností analýzy se rozumí zejména úplnost prostředků, jejichž pomocí se zabezpečuje dostatečnost získané informace k opodstatnění závěrů. Objektivnost analýzy spočívá ve stejně pečlivém zjišťování a přezkoumání skutkových okolností svědčících jak ve prospěch, tak i v neprospěch zdravotnického zařízení (pracovníka), v přijetí znaleckých závěrů pouze na základě posouzení celého souhrnu faktických skutečností. Zákon přímo nestanoví, při jaké úrovni informovanosti o skutkových okolnostech případu může znalec dospět k věrohodným závěrům, proto jedním z podstatných výsledků analytického zkoumání objektu je dosažení znalcem vnitřního přesvědčení o dostatečnosti získaných informací pro spolehlivost svých závěrů.

Z metodologického hlediska základní význam má vytvoření explicitního pojmového aparátu znalecké analýzy, zejména definice objektu, předmětu, cíle a úkolů analytického zkoumání. Dle našeho názoru **znalecká analýza** je intelektuální činností znalce, která spočívá v systematickém rozdělení na jednotlivé prvky souhrnu skutkových okolností konkrétního případu poskytnutí zdravotní péče, které jsou obsaženy v soudních materiálech nebo získány

bezprostředně v rámci zkoumání, s následujícím zjišťováním vztahů, souvislostí a závislostí mezi nimi.

Je zapotřebí zdůraznit, že objekt analýzy je užším pojmem v porovnání s objektem znaleckého posudku. Objektem znaleckého posudku jsou materiály konkrétního trestněprávního nebo občanskoprávního soudního případů zavinění újmy na zdraví (úmrtí) pacienta. Objekt analýzy je však pokaždé omezován (definován) znalcem v procesu zkoumání soudních materiálů na vztažné údaje týkající se skutkových okolností poskytování zdravotní péče v konkrétním případě. Důležité je, že v rámci analýzy může vzniknout nezbytnost získání dalších podstatných informací jak z písemných soudních materiálů, tak i pomocí dodatečných znaleckých opatření (vyšetření pacienta, odběr biologického materiálu, hodnocení histologických preparátů, aj.). Výsledky dodatečných znaleckých opatření mají být náležitě fixovány a zahrnovány do obsahu posudku. Touto cestou soudní materiály mohou být doplňovány novými vztažnými informacemi ohledně skutkových okolností poskytování zdravotní péče.

Tedy **objektem znalecké analýzy** jsou vztažné údaje odborného charakteru týkající se skutkových okolností (podmínek, procesu a výsledku) poskytování zdravotní péče pacientovi, získané znalcem z poskytnutých soudních písemných materiálů nebo pomocí dodatečných opatření. Znalec analyzuje právě souhrn informací vztažených ke konkrétnímu klinickému případu vzniku nepříznivého výsledku léčby. V rámci analýzy je důležité vyloučit jednostranný přístup, který spočívá v izolovaném posuzování činnosti lékaře z hlediska její náležitého/nenáležitého charakteru (tzv. postup *lege artis*) bez vztahu na skutkové okolnosti případu jako celku.

Znalecká analýza klinické situace musí zahrnovat posuzování charakteru přítomného onemocnění, jeho průběhu, možných komplikací, podmínek a organizace poskytování zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení, jakož i charakteru konání (opomenutí) pacienta nebo jeho zákonných zástupců. Nepříznivý výsledek léčby nevždy je následkem nenáležitých zaviněných jednání

(opomenutí) zdravotnických pracovníků. V rámci znalecké analýzy může být zjištěno, že nepříznivý výsledek je například následkem zákonitého rozvoje onemocnění nebo zaviněných jednání („non-compliance“) pacienta samotného.

Každá klinická situace vzniku nepříznivého výsledku léčby onemocnění představuje složitý komplex prvků, spojených množstvím vazeb. Znalecké zkoumání podobných situací může být dost obtížné z následujících důvodů:

1. Analýza podle materiálů soudního případu má retrospektivní charakter. Tedy v době jejího provedení řada skutečností, vztahů, podmínek a faktorů již neexistuje nebo se natolik změnila, že určení s jistotou jejich role a významu v analyzované klinické situaci je problematické.

2. Znalec je schopen posuzovat zejména faktické skutečnosti, které jsou uvedeny v poskytnutých písemných materiálech (výpisech ze zdravotnické dokumentace), tedy výsledky analýzy mohou být ovlivněny výkladem (korektností a úplností) výchozí informace.

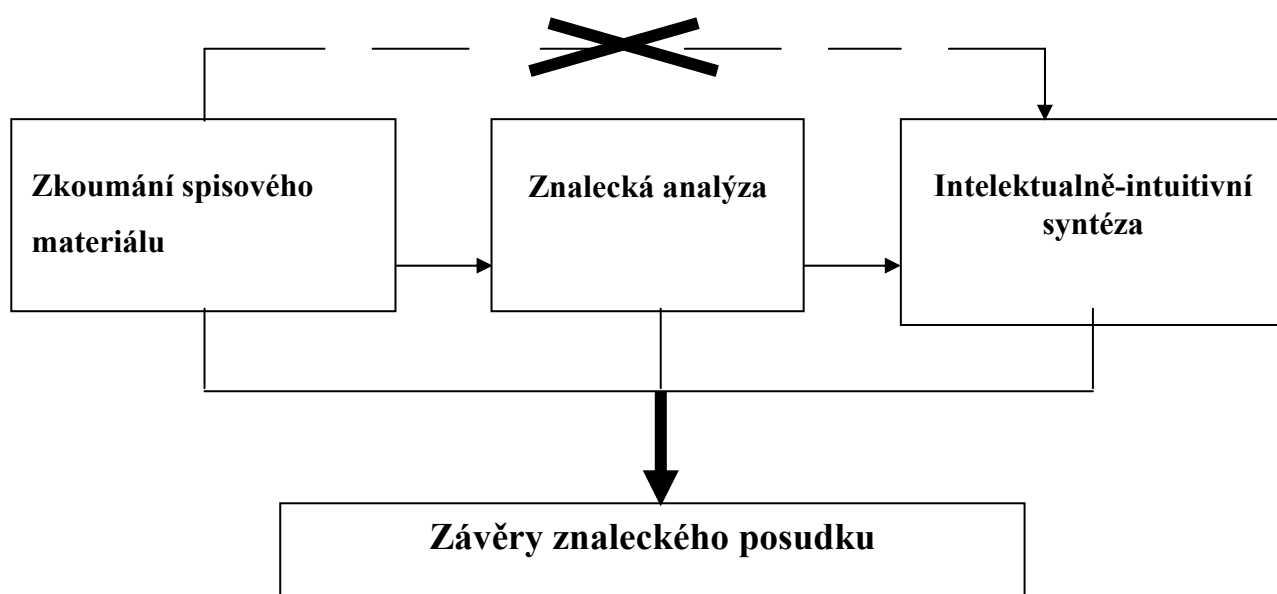
3. Konečně, ze všeho rozsahu údajů ohledně analyzované klinické situaci znalec zpravidla vybírá jenom relevantní z jeho hlediska pro dospívání ke správným závěrům a opodstatnění odpovědí na položené otázky.

Uvedené skutečnosti podmiňují směr zkoumání objektu, totiž předmět znalecké analýzy. **Předmětem znalecké analýzy** je zkoumání údajů odborného charakteru, týkajících se skutkových okolností (podmínek, procesu a výsledku) poskytování zdravotní péče pacientovi, **zaměřené** na zjištění vlastností (charakteru) onemocnění přítomného u pacienta, podmínek (organizace) poskytování zdravotní péče, jejího charakteru (správnosti, úplnosti, včasnosti), a příznaků příčinné souvislosti mezi jednáním zdravotnických pracovníků a nepříznivým výsledkem léčby.

Tedy předmět analýzy tvoří zkoumání ne všech možných údajů vztažných k soudnímu případu, nýbrž jenom přístupných pro znalce podstatných odborných informací o faktech. Kritérium přístupnosti údajů pro znalce znamená především jejich přítomnost v poskytnutých znalcovi materiálech nebo reálnou možnost

jejich získání v rámci vlastního zkoumání (vyšetření pacienta, studium odborné literatury, aj.). Je nutné vzít v úvahu skutečnost, že analytická činnost znalce je součástí jednotného myšlenkového procesu, totiž samostatným prvkem v jedné řadě se zkoumáním podkladů a následující intuitivně-syntetickou intelektuální činností. Přičemž samostatnost je podmíněna přítomností vlastního cíle, úkolů a metodologie, což nám umožňuje vyčlenění logiko-analytické činnosti v kognitivním systému formulace znaleckých závěrů (schéma 2).

Schéma 2. Kognitivní systém formulace znaleckých závěrů.



Pouhé zkoumání spisovných materiálů bez důkladné analýzy celé klinické situace poskytování zdravotní péče a vzniku nepříznivého výsledku léčby neumožňuje vytvoření dostatečných předpokladů pro plnohodnotné syntetické úsudky, jimiž mají být závěry znaleckého posudku. Analytické zpracování získaných faktických údajů poskytuje mimo jiné znalci možnost si uvědomit nedostatek podstatných informací, určit charakter chybějících údajů (takzvaný „analytical gap“ v americké judikatuře) a potencionální zdroje pro jejich získání (například odborné vědecké publikace, další zdravotnická dokumentace, někdy protokoly výslechu obviněného, podezřelého, svědků, aj.). Na druhé straně, zformulovaný intuitivně-syntetický úsudek absolvuje prověření věrohodnosti a získává potřebné opodstatnění prostřednictvím analýzy jeho předpokladů. Jestli

vystihnout a prověřit bezprostředně mechanismus dospívání subjektu k intuitivnímu úsudku není možné v důsledku samotné jeho přírody, pak analytické předpoklady věrohodnosti syntetického úsudku mohou být posuzovány a hodnoceny jak znalcem samotným, tak i soudem.

Cíl znalecké analýzy spočívá v získání souhrnu vztažných věrohodných údajů odborného charakteru, dostatečného pro formulování správných a opodstatněných závěrů. Uvedená definice cíle analýzy zahrnuje následující prvky:

- a) cílem analýzy je získání údajů;
- b) údaje mají být vztažné k soudnímu případu;
- c) údaje mají být věrohodné;
- d) údaje mají mít odborný charakter;
- e) údaje mají být dostatečné pro formulování správných a opodstatněných

znaleckých závěrů.

Obecně cíl analýzy kteréhokoli objektu spočívá ve zjištění dostatečného souhrnu údajů pro následující formulaci na jejich základě syntetických úsudků ohledně přírody zkoumaného objektu. Rozsah získaných údajů je považován za dostatečný, pokud zahrnují informaci ohledně všech podstatných prvků analyzovaného objektu. V případě znalecké analýzy tyto údaje mají zahrnovat informaci nejenom o charakteru jednání lékaře, nýbrž i například o průběhu onemocnění, individuálních vlastnostech pacienta, konkrétních podmínkách poskytování zdravotní péče. Údaje dostatečného rozsahu umožňují vytvoření nepřetržitého řetězce logických úsudků ohledně všech podstatných prvků zkoumaného objektu.

Tady je zapotřebí uvést, že úvahy ohledně dostatečnosti údajů pro uznání informace o objektu za věrohodnou nemohou být úplně zbaveny intuitivních rysů, protože jsou spojeny s vnitřním přesvědčením znalce a tedy jsou do určité míry subjektivní. Získávané v rámci znalecké analýzy údaje musí mít odborný charakter, totiž patřit k té oblasti znalostí a vědomostí, v níž je znalec odborníkem. Dotyčné odborné údaje musí být vztažné ke skutkové podstatě

soudního případu a umožňovat formulaci na jejich základě spolehlivých znaleckých závěrů.

Jestli role intuice a vnitřního přesvědčení, založeného na osobních profesních zkušenostech znalce, určuje vnitřní sounáležitost mezi znaleckou činností a uměním, pak přítomnost analytického prvku v této činnosti umožňuje aplikaci v jejím rámci metodologických přístupů vědeckého poznání. Vědecké poznání z metodologického hlediska je charakterizováno posloupností, systematičností a soustavností. Posloupnost se projevuje ve zvláštní logické myšlenkové konstrukci, zejména ve vyloučení protikladů mezi jednotlivými prvky systému poznávání. Systémnost vědeckého poznání spočívá ve vyčlenění důležitých faktů a zobecnění z množství druhořadových, v oddělení základních hypotéz od odvozených, v prokazování logických korelací mezi jednotlivými hypotézami. Konečně soustavnost spočívá v přítomnosti systému definovaných způsobů, metod a operací teoretického poznávání, praktické transformace skutečnosti a dosažení naplánovaných výsledků [P. Carruthers, S.P. Stich, M. Siegal, 2002; V.S. Stepin, 2005; H.W. de Regt, S. Leonelli, K. Eigner, 2009].

Dosažení výše uvedeného cíle znalecké analýzy se uskutečňuje prostřednictvím řešení následujících **úkolů**:

1. Prostudování relevantní normativní báze a odborných vědeckých zdrojů jako podkladů znalecké analýzy dle materiálů soudního případu.
2. Vytvoření systému znaleckých verzí ohledně možné příčiny nepříznivého výsledku onemocnění (úrazu).
3. Zjištění vztažných údajů o charakteru onemocnění (úrazu) a jeho role ve vzniku nepříznivého výsledku léčby.
4. Zjištění vztažných údajů o podmínkách poskytování zdravotní péče a organizaci léčebně-diagnostického procesu v konkrétním zdravotnickém zařízení.
5. Zjištění relevantních údajů o charakteru jednání pacienta (zákonných zástupců) a jejich roli ve vzniku nepříznivého výsledku léčby (újmy na zdraví).

6. Zjištění relevantních údajů o charakteru konání (opomenutí) zdravotnických pracovníků při vykonávání profesních funkcí v rámci poskytování zdravotní péče konkrétnímu pacientovi.

7. Zjištění příznaků příčinné souvislosti mezi jednáním zdravotnických pracovníků a nepříznivým výsledkem léčby.

Prvním úkolem znalce je náležité studium relevantní normativní báze (zákonných aktů, resortních předpisů, směrnic, standardů lékařské péče, doporučených postupů, aj.) a odborné literatury, totiž tuzemských a zahraničních vědeckých zdrojů. Tato přípravná fáze znalecké analýzy je nezbytná, protože právě v jejím rámci získává znalec potřebné vědecké a normativní podklady pro náležité opodstatnění svých budoucích závěrů. Řešení dalších úkolů tvoří obsah vypracovaného námi postupu (algoritmu) znalecké analýzy, který zahrnuje pět jednotlivých etap. První až třetí etapy jsou projednávány v této kapitole, čtvrtá a pátá etapy znalecké analýzy určily obsah následujících kapitol studie.

§ 3.2. Vytváření systému znaleckých verzí.

Nepříznivý výsledek léčby může být následkem jedné z konečné řady příčin, například nenáležitého zaviněného jednání zdravotnického pracovníka při poskytování zdravotní péče. Princip posloupnosti znalecké analýzy se realizuje v postupném zkoumání jednotlivých možných příčin nepříznivého výsledku léčby cestou vytváření systému verzí podle určitého základu a následujícího jejich prověřování s použitím vylučovací metody.

Vytváření a prověřování verzí je nezbytným prvkem v procesu poznávání okolností zkoumaného případu [S.G. Brandl, 2003; M. Palmiotto, 2004; R.F. Becker, 2010]. Z dotyčného požadavku vyplývá povinnost subjektu zformulovat a prověřit všechny verze ohledně příčiny nepříznivého výsledku léčby. Každá verze je jedním z možných předpokladů, který buď objasňuje vlastnosti jednotlivých skutečností, nebo podstatu věci jako celku. Dát přednost jedné verzi znamená přistoupit k věci jednostranně. V důsledku jednostranného zkoumání zůstává

možnost “pochybnosti o správnosti a úplnosti skutkových zjištění, k objasnění věci je třeba provádět další důkazy” (§ 258 trestního řádu). Jednostrannost soudního rozhodnutí, když “soud se nevypořádal se všemi okolnostmi významnými pro rozhodnutí”, podle § 258 odstavce 1 trestního řádu se jeví jedním z důvodů pro zrušení napadeného rozsudku odvolacím soudem.

Při vytváření systému verzí je třeba dodržovat určitá pravidla. Za prvé, verze mají být porovnatelné, totiž každá z nich má obsahovat předpoklad ohledně stejné neznámé skutečnosti. Za druhé, podle svého obsahu verze mají být alternativními, totiž mít vzájemně vylučující ráz. Za třetí, je zapotřebí předložit vyčerpávající seznam porovnatelných, alternativních, reálných verzí. Příznak reality znamená, že se předkládají nikoli všechny teoreticky možné, nýbrž jen odůvodněné přítomným konkrétním souborem faktických skutečností verze. Při vytváření systému verzí se subjekt vždy setkává s nedostatečností podkladového materiálu. Tato skutečnost diktuje nezbytnost současného předkládání všech reálně možných za přítomných podmínek verzí s jejich následujícím prověřováním a zjišťováním skutečného významu každé nezávisle na míře jejich přesvědčivosti, což je podmínkou objektivnosti zkoumání.

Základem pro vytváření systému verzí je neznámá skutečnost, která podleží zjištění v rámci dalšího zkoumání objektu. Tímto základem pro systém znaleckých verzí je příčina nepříznivého výsledku léčby. Na uvedeném základě lze vytvořit následující systém verzí:

1. Nepříznivý výsledek léčby jako následek zákonitého rozvoje onemocnění (úrazu) přítomného u pacienta.
2. Nepříznivý výsledek léčby jako následek nehody ve zdravotnické praxi.
3. Nepříznivý výsledek léčby jako následek nenáležitých konání (opomenutí) pacienta a/nebo jeho zákonných zástupců.
4. Nepříznivý výsledek léčby jako následek nenáležitých zaviněných konání (opomenutí) zdravotnických pracovníků.

5. Nepříznivý výsledek léčby jako následek profesní chyby (omylného jednání v dobré víře) zdravotnického pracovníka.

Doporučená posloupnost verzí je nezbytnou podmínkou realizace presumpce nevin v trestním řízení. Dodržování dané presumpce vyžaduje nejdříve prověřit verze o příčině nepříznivého výsledku, které nejsou spojeny s nenáležitým zaviněným jednáním lékaře. Verze o profesní chybě zdravotnického pracovníka jako možné příčině nepříznivého výsledku uzavírá systém znaleckých verzí. Důvod tohoto spočívá v tom, že prokazování dané verze je velmi složité. Subjektivní faktor, totiž omylné jednání v dobré víře, má málo vnějších projevů, materiálních znaků, podle nichž by bylo možné přímo prokázat přítomnost chyby v jednáních lékaře. Profesní chybu zdravotnického pracovníka můžeme prokázat pouze postupným vyloučením všech jiných předchozích verzí.

Pro vyvrácení a vyloučení verze ze systému je zapotřebí, aby důsledky z ní vyplývající odporovaly faktickým skutečnostem soudního případu. Verzi o příčině nepříznivého výsledku léčby lze pokládat za potvrzenou, pokud:

- a) byly vytvořeny všechny možné v daném případě verze;
- b) všechny verze byly náležitě prověřeny;
- c) všechny verze kromě jedné byly vyvráceny.

Jediná zbývající verze, která byla potvrzena důkazy, měla by objasňovat všechny faktické skutečnosti (logické důsledky). Logické důsledky verzí, zařazených námi do systému znaleckých verzí o příčině nepříznivého výsledku léčby, je možné rozdělit na tři jednotlivé skupiny:

- a) vztahující se k charakteru (vývoji, průběhu) přítomného onemocnění (úrazu);
- b) vztahující se k podmínkám poskytování zdravotní péče;
- c) vztahující se bezprostředně k procesu diagnostiky a léčby konkrétního pacienta.

Prověřování logických důsledků verzí, jejich potvrzování nebo vyvrácení faktickými údaji, zjištěnými v rámci zkoumání objektu, je úkolem, který se řeší v rámci následujících etap znalecké analýzy.

První skupina logických důsledků verze, vztahující se k charakteru onemocnění, je určena následujícími skutečnostmi:

- a) přírodou (etiologií) a zákonitostmi patogeneze onemocnění;
- b) vlastnostmi jednotlivé varianty onemocnění (forma, stadium, fáze, aj.) přítomného u pacienta;
- c) individuálními vlastnostmi organismu konkrétního pacienta.

§ 3.3. Znalecká analýza charakteru přítomného onemocnění (úrazu)

Metodologický aparát znalecké analýzy charakteru onemocnění, přítomného u konkrétního pacienta, musí zahrnovat následující prvky:

- a) maticovou analýzu charakteru onemocnění;
- b) logickou analýzu vlastností onemocnění v rámci kategorií obecného, zvláštního a jedinečného;
- c) analýzu „geneze“ („předchorobí“) onemocnění.

Metoda maticové analýzy poskytuje dostatečný rozsah nezbytné základní informace, kterou je možno nazvat „typovým schématem“ („maticí“) onemocnění. Do matice onemocnění se zahrnují prvky (vlastnosti) z kategorií obecného a zvláštního. Každá matice je zobecněním, syntézou vlastností zkoumaného objektu, totiž obsahuje zejména jeho typické, nikoliv individualizující v rámci skupiny, rysy.

Odpovědi na níže uvedené otázky předpokládají analýzu jednotlivých prvků, které ve svém souhrnu představují matici onemocnění konkrétního pacienta (schéma 3). Otázky číslo 1-3 předpokládají analýzu:

- a) incidence a prevalence onemocnění v populaci (epidemiologie);
- b) etiologie a patogeneze onemocnění;
- c) typického klinického průběhu a možných variant onemocnění.

Odpovědi na otázky číslo 4-5 zahrnují další prvky z kategorie obecného:

- a) existence etiotropní léčby, její podstata a účinnost;
- b) zacílení patogenetické léčby, její podstata a účinnost;

- c) zacílení symptomatické léčby, její podstata a účinnost;
- d) základní vnitřní faktory podmiňující účinnost léčby onemocnění;
- e) kritéria příznivého výsledku léčby onemocnění.

Odpovědi na otázky číslo 6-9 charakterizují sledované onemocnění z pozice kategorie zvláštního a ukazují zejména na:

a) rozdíly mezi přítomnou u pacienta variantou základního onemocnění (kombinací několika onemocnění) a typickým (izolovaným) průběhem tohoto onemocnění;

b) vliv zjištěných rozdílů na charakter adekvátního diagnostického a léčebného programu;

c) vliv zjištěných rozdílů na úspěšnost (výsledek) léčby.

Schéma 3. Maticová analýza přítomného onemocnění (úrazu).

Kategorie	Obecná	Zvláštní
<i>Otázka znalecké analýzy</i>		
1. Jaké základní onemocnění měl pacient?	+	
2. Jaká vedlejší onemocnění měl pacient?	+	
3. Jaké komplikace základního (vedlejšího) onemocnění měl pacient?	+	+
4. Jaké jsou základní způsoby léčby onemocnění pacienta?	+	
5. Jaká je účinnost základních způsobů léčby onemocnění pacienta?	+	+
6. Jaká varianta základního onemocnění byla přítomna u pacienta?	+	+
7. Jaký je vliv dané varianty onemocnění na účinnost/výsledek léčby?	+	+
8. Jaký je vliv vedlejších onemocnění na účinnost/výsledek léčby?	+	+
9. Jaký je vliv přítomných komplikací na účinnost/výsledek léčby?	+	+
10. Jaká je pravděpodobnost příznivého výsledku onemocnění za náležité zdravotní péče a bez zdravotní péče?	+	+

Konečně, odpověď na otázku číslo 10 dává možnost posoudit míru pravděpodobnosti příznivého a nepříznivého výsledku léčby onemocnění. Porovnání údajů o charakteru onemocnění obsažených v materiálech soudního případu s informací z „matice“ poskytuje znalci možnost učinit řadu důležitých

závěrů o vlivu charakteru onemocnění na adekvátnost diagnostického programu, účinnost jednotlivých léčebných zákroků, úspěšnost a výsledek léčby.

Výsledky naší studie ukazují na těsnou souvislost maticové analýzy s logickou analýzou charakteru onemocnění v rámci kategorií obecného a zvláštního. Analýza v rámci kategorie jedinečného se následně rozvíje za použitím metody analýzy „geneze“ onemocnění, umožňující získání údajů o vzniku a rozvoji onemocnění v časové posloupnosti. Je známo, že účinnost léčebného zákroku a výsledek léčby významně záleží mimo jiné na délce doby od začátku onemocnění do prvního kontaktu se zdravotnickým zařízením/lékařem. Občas události v tomto časovém intervalu zůstávají mimo sféru znaleckého zkoumání, i když mohou mít význam pro účely znalecké analýzy. V rámci analýzy rozvoje onemocnění se zkoumají následující podstatné skutečnosti:

a) zdravotní stav pacienta v době vzniku onemocnění, tedy „premorbidní pozadí“;

b) rozvoj (progrese) onemocnění a uskutečněná léčebná opatření od jeho vzniku do začátku poskytování zdravotní péče v daném zdravotnickém zařízení;

c) průběh onemocnění v době léčby (hospitalizace) pacienta v daném zdravotnickém zařízení.

Otázky, na něž je nutno odpovědět v rámci analýzy „geneze“ onemocnění, jsou následující:

1. Jaké individuální vlastnosti organismu pacienta a vnější faktory lze považovat za predispoziční pro vznik (a pak méně příznivý průběh) onemocnění u pacienta?

2. Na jakém zdravotním pozadí vzniklo a rozvíjelo se onemocnění pacienta (vedlejší onemocnění, vrozené anomálie, alergie, aj.)?

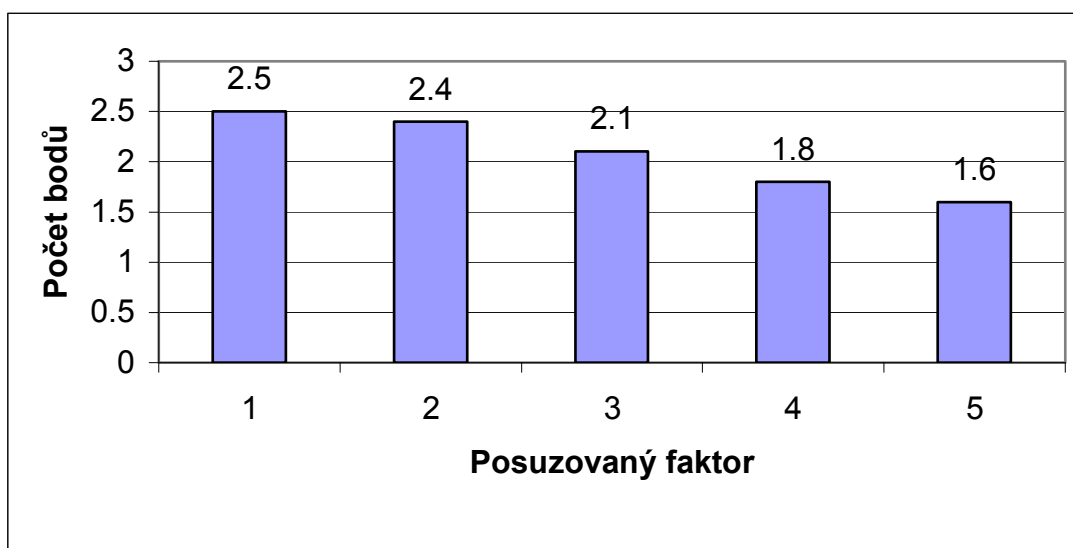
3. Jaká zdravotní péče byla poskytována pacientovi v době, předcházející hospitalizaci v daném zdravotnickém zařízení?

4. Jaká byla dynamika onemocnění v době, předcházející hospitalizaci v daném zdravotnickém zařízení?

Zatímco prostřednictvím maticové analýzy znalec získává zejména údaje z kategorií obecného a zvláštního, pak údaje získávané v rámci analýzy „geneze“ onemocnění jsou individuální (patří do kategorie jedinečného). Za použití uvedených metod maticové, logické a „genetické“ analýzy se pak vytváří a doplňuje celistvý obraz onemocnění přítomného u pacienta.

Výsledky dotazníkové akce, provedené u zdravotnických pracovníků, zaměřené na posouzení role jednotlivých vnějších a vnitřních faktorů, podmiňujících úspěšnost léčby, svědčí o vysokém hodnocení vlivu vlastností základního onemocnění na pravděpodobnost příznivého výsledku léčby pacienta (Obr.1). Největší význam lékaři dávají takovým skutečnostem, jako stav pacienta v době hospitalizace a charakter varianty základního onemocnění (forma, fáze, stadium), dále přítomnost diagnostických kategorií s vysokým rizikem (bolesti na hrudníku, horečka neznámého původu, aj.). Až na dalším místě je doba od začátku onemocnění do první návštěvy zdravotnického zařízení.

Obr. 1. Hodnocení zdravotnickými pracovníky vlivu charakteru základního onemocnění na výsledek léčby.



1 – stav pacienta v době hospitalizace; 2 – charakter varianty základního onemocnění přítomného u pacienta; 3 – přítomnost diagnostických kategorií s vysokým rizikem; 4 – doba od začátku onemocnění; 5 – vliv individuálních vlastností organismu pacienta.

Je známo, že nepříznivý výsledek onemocnění, včetně letálního, není za určitých podmínek nepřírozený. J. Drgonec a P. Holländer uvádějí, že v praxi zdravotnických služeb škoda může být způsobena i bezvadnými nástroji či léky, je reálná i škoda při použití současnou vědou uznávaného způsobu léčení podle principu *lege artis*. Příčina nepříznivých následků může spočívat v závažnosti morfologických a funkčních změn, způsobených v organismu onemocněním nebo úrazem. I za správně prováděného etiologického, patogenetického a symptomatického léčení k uzdravení nemocného nemusí dojít z objektivních příčin. V takovém případě faktická škoda na zdraví není důsledkem nenáležitých jednání zdravotnických pracovníků, nýbrž je zákonitým následkem vývoje přítomného onemocnění.

Tedy z objektivních příčin zákonitého charakteru, vlastních systému “lékař – pacient” (nikoli náhodných, vnějších, jako například při nehodě v medicínské praxi), které spočívají ve vlastnostech průběhu onemocnění a organismu pacienta, adekvátní léčebná opatření se mohou stát neúčinnými, což vede k nepříznivému výsledku léčby jako následku zákonitého rozvoje patologického procesu.

Jsou možné situace, kdy lékař stanovil nesprávnou diagnózu, neprovedl adekvátní léčbu, nicméně nepříznivý výsledek nebyl v příčinné souvislosti s nenáležitým jednáním lékaře. Uvedeme jako příklad následující klinickou situaci.

Nemocný muž, 80 let, byl převezen z místa nehody záchrannou službou na traumatologické oddělení v 11.00 za hodinu po úrazu s diagnózami “mozkové trauma, otřes mozku, zlomenina žeber vpravo, tupé trauma břicha”. Stav pacienta při příjmu byl hodnocen jako těžký, hned po příjmu pacient byl dopraven na operační sál. Bylo provedeno rentgenové vyšetření lebky, hrudníku, pánve, ultrasonografie orgánů břišní dutiny a pánve. Klinická diagnóza zněla “těžké kombinované trauma, úraz hrudníku, srdce, plic vlevo, uzavřená zlomenina akromiálního konce klíční kosti, zlomenina 3. a 4. žebra vlevo, otřes mozku, traumatický šok 2.-3. stupně”.

Na operačním sále byla pacientovi provedena laparocentéza (krev nebyla přítomna) a punkce pleurální dutiny (vzduch a tekutina nebyly přítomny). Pacient byl v těžkém stavu přeložen na jednotku intenzivní péče (JIP), kde již byl při vědomí, utlumený, měl krevní tlak 100/60 mmHg, puls 93/ min. Byl podáván dopamin, plasma, prednison, prováděla se infuzní terapie.

V 19.00 se stav pacienta náhle zhoršil, vznikla a začala progredovat dušnost. Pro podezření na uzavřený pneumotorax a pleurální krvácení byla provedena ultrasonografie pleurální dutiny a v pleurální dutině vpravo bylo nalezeno 500 ml tekutiny, vlevo 200 ml. Byla provedena punkce, ale krev a vzduch nebyly nalezeny. Klinický obraz byl hodnocen jako koagulovaný hemothorax, byl zvýšen objem infuzní terapie, zavolán hrudní chirurg. Stav pacienta v této době byl velmi těžký, s pacientem nebylo možné navázat kontakt, krevní tlak byl 70/40 mmHg, puls 130/min. Za 8 hodin od přijetí do zdravotnického zařízení došlo k úmrtí pacienta.

V závěru pitevního protokolu bylo uvedeno, že k úmrtí došlo z důvodu traumatické ruptury aorty s krvácením do mediastina a pleurální dutiny o objemu dvou litrů. Specifikum dané nosologické jednotky spočívá v možném průběhu ve dvou fázích. Nejprve krev pomalu vytéká do mediastina, přičemž paraaortální ztráta krve může dosahovat jednoho litru, klinické symptomy v této fázi jsou slabě vyjádřeny a skryty za celkovým obrazem kombinovaného traumatu. Po určité době, která záleží na velikosti a formě ruptury stěny aorty, srážlivých vlastnostech krve, kapacitě pojivové tkáni a dalších faktorech, krev postupuje do pleurální dutiny, což se projevuje symptomatikou hydrotoraxu s výrazným klinickým obrazem a úmrtím pacienta.

V rámci znalecké analýzy je nezbytné posoudit situaci z hlediska zákonitého rozvoje onemocnění jako možné příčiny terapeutického nezdaru. V podobné situaci mohou léčebná opatření odpovídat či neodpovídat charakteru onemocnění, avšak naděje na úspěšné zvládnutí situace je mizivá a proto mezi postupy lékařů a nepříznivým výsledkem nebude přítomna příčinná souvislost.

Shrneme-li tedy charakteristiky první verze o pravděpodobné příčině nepříznivého výsledku léčby (nepříznivý výsledek léčby jako následek zákonitého rozvoje přítomného u pacienta onemocnění), docházíme k následujícím závěrům:

1. Příčina nepříznivého výsledku spočívá v závažnosti morfologických a funkčních změn, způsobených onemocněním.

2. Zákonitost vzniku nepříznivého výsledku je podmíněna skutečnostmi, které mají vnitřní souvislost s onemocněním:

- s závažností přítomné nosologie (maligní novotvary, krevní choroby, aj.);
- s vlastnostmi průběhu onemocnění (atypické a simultantní formy);
- s morbidním pozadím (vedlejší onemocnění, délka trvání nemoci);
- s celkovým stavem organismu pacienta (stáří, dědičnost, reaktivita, kontraindikace, stav imunitního system, aj.).

3. Uvedené skutečnosti, podmiňující vznik nepříznivého výsledku, mohou být pro zdravotnické pracovníky jak předvídatelné, tak i nepředvídatelné.

4. Nemožnost lékaře zabránit nepříznivým následkům může souviset se současným stavem medicíny, nízkou účinností náležitých léčebných opatření.

5. Mezi jednáními zdravotnických pracovníků a nepříznivým výsledkem léčby není příčinná souvislost (ačkoli vady diagnostiky a léčby mohou být přítomny).

Nepříznivý výsledek léčby může být následkem nehody ve zdravotnické praxi, pokud je způsoben náhodnými okolnostmi, které lékař není schopen předvídat a/nebo zabránit jejich následkům. Náhlé úmrtí pacienta může nastat například při provedení celkové anestézie dokonce za podmínek, kdy dávky léků jsou optimální, technika narkózy je správná, nejsou přítomny kontraindikace. Újma na zdraví může vzniknout v důsledku poranění při provedení invazivních zákroků (punkcí) v případech přítomnosti individuálních odchylek anatomických struktur nebo vrozených vývojových anomálií.

Ve všedním životě se za nehodu považuje vznik nepříznivé události, nepředvídané subjektem, nezávislé na jeho vůli a charakteru jednání, tedy

náhodná. Nehody podobného charakteru jsou možné i v medicíně. Například, újma na zdraví nebo úmrtí pacienta v průběhu operace v důsledku poranění srdce nebo velké cévy chirurgem, který náhle ztratil vědomí v důsledku svého onemocnění, nebo při náhlém otřesu, způsobeným zemětřesením; jiným, častějším příkladem může být úraz pacienta v důsledku pádu v nemocnici. V podobných případech je systém “lékař – pacient” ovlivněn faktory, nesouvisejícími s vnitřními prvky tohoto systému, nezávislymi na něm, náhodnými pro daný systém s jeho řetězcem příčinných vztahů.

V jiných případech systém “lékař – pacient” může se podrobit působení náhodných faktorů spojených s individuálními vlastnostmi organismu nemocného, které lékař není schopen předvídat a/nebo včas zabránit vzniku jejich nepříznivých následků. Následuje příklad podobné nehody v lékařské praxi.

Pacientka K., 52 let, byla hospitalizována pro výhřez meziobratlové ploténky k provedení operace hemilaminektomie 5. lumbálního obratle vlevo a resekce meziobratlové ploténky L4-L5. V průběhu operačního zákroku došlo k náhlému přetěti atypicky umístěné velké artérie v epidurálním prostoru a masivnímu krvácení. Nemocná zemřela v důsledku masivní ztráty krve a vzdušné embolie.

Pro epidurální cévy je typické, že při jejich poranění relativně často vzniká embolie, která může vést spolu s akutní ztrátou krve k náhlému srdečnímu selhání. V uvedené situaci byl chirurg zkušeným odborníkem, měl dostatečnou kvalifikaci, provedl desítky podobných operací v minulosti, a věděl o nebezpečí poranění epidurální cévy a jeho důsledcích. Avšak atypické umístění velké artérie neměl možnost předvídat ani zjistit před operačním zákrokem, což se stalo příčinou poranění a nepříznivého výsledku.

Další příklad je z gynekologické praxe. Během provádění abortus artificialis z medicínských indikací u 34-leté pacientky lékař způsobil perforaci stěny těla děložního, pro které musel neodkladně provést amputaci dělohy. Lékař měl vysokou kvalifikaci a délku praxe více 20 let, denně vykonával několik podobných zákroků. Pacientka však měla v anamnéze opakované potraty a

zánětlivá onemocnění dělohy, což způsobilo značné snížení pevnosti stěny děložní. Lékař tuto skutečnost sice bral v úvahu, postupoval maximálně opatrně, přesto k perforaci dělohy došlo. V daném případě lékař sice věděl předem o možnosti komplikace operačního zákroku, avšak nedokázal zabránit vzniku nepříznivého výsledku.

V uvedených případech nebyly přítomny známky nenáležitěho postupu nebo profesní chyby zdravotnických pracovníků, ani zavinění pacientů. Na druhé straně je nelze zařadit do zákonitého průběhu onemocnění. Na základě verze číslo dva systému znaleckých verzí je zapotřebí tyto situace posuzovat jako nehody v medicínské praxi.

Každá podobná situace vyžaduje pečlivou analýzu všech okolností vzniku nepříznivého výsledku léčby, což má velký význam pro stanovení právních následků případu. Podle § 420a odstavce 3 občanského zákoníku “Odpovědnosti za škodu se ten, kdo ji způsobil, zproští, jen prokáže-li, že škoda byla způsobena neodvratitelnou událostí nemající původ v provozu”.

Shrneme-li charakteristiku verze o nehodě jako příčině nepříznivého výsledku léčby pacienta:

1. Příčina spočívá v působení vnějšího nepředvídatelného faktoru na systém “lékař – pacient”.

2. Příčinou musí být skutečnosti náhodného charakteru:

- přítomnost individuálních anatomických, morfologických, konstitučních a jiných vlastností organismu pacienta a onemocnění (atypické anatomické struktury, vývojové anomálie, poprvé odhalená alergie, idiosynkrasie, aj.);

- působení vnějších faktorů a okolního prostředí (technické činitele, živelné pohromy, náhlý nepříznivý zdravotní stav chirurga-operátora, apod.);

3. Nepříznivý výsledek vzniká v důsledku nemožnosti předvídat náhodné skutečnosti a/nebo zabránit jejich účinkům na organismus pacienta.

4. Mezi jednáním zdravotnického pracovníka a nepříznivým výsledkem je možná příčinná souvislost, avšak subjektivní složka skutkové podstaty (zavinění) tohoto jednání není přítomna.

§ 3.4. Znalecká analýza podmínek poskytování zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení.

Třetí etapou znalecké analýzy u soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby je analýza organizace a podmínek poskytování zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení. Znalecká analýza podmínek poskytování zdravotní péče je „vnějším auditem“ činnosti zdravotnického zařízení v konkrétním soudním případě. Je zde určitá podobnost s odborným posudkem kvality poskytnuté péče, který se zpravidla provádí v předsoudní etapě řešení konfliktních situací. Pro všestrannost znaleckého zkoumání mají význam následující aspekty:

1) detailní studium posudku kvality zdravotní péče prováděného v rámci předsoudního řešení konfliktu mezi pacientem (zákonnými zástupci) a zdravotnickým zařízením;

2) využití jednotlivých metod analýzy kvality diagnosticko-léčebného procesu, používaných v rámci kontroly a řízení kvality zdravotnických služeb ve zdravotnickém zařízení;

3) u komisních (ústavních) znaleckých posudků jmenování odborníků, proškolených v oblasti kontroly a řízení kvality zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení, do komise.

V rámci znalecké analýzy organizace a podmínek poskytování zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení je zapotřebí využívat metod maticové, logické, situační a systémové analýzy.

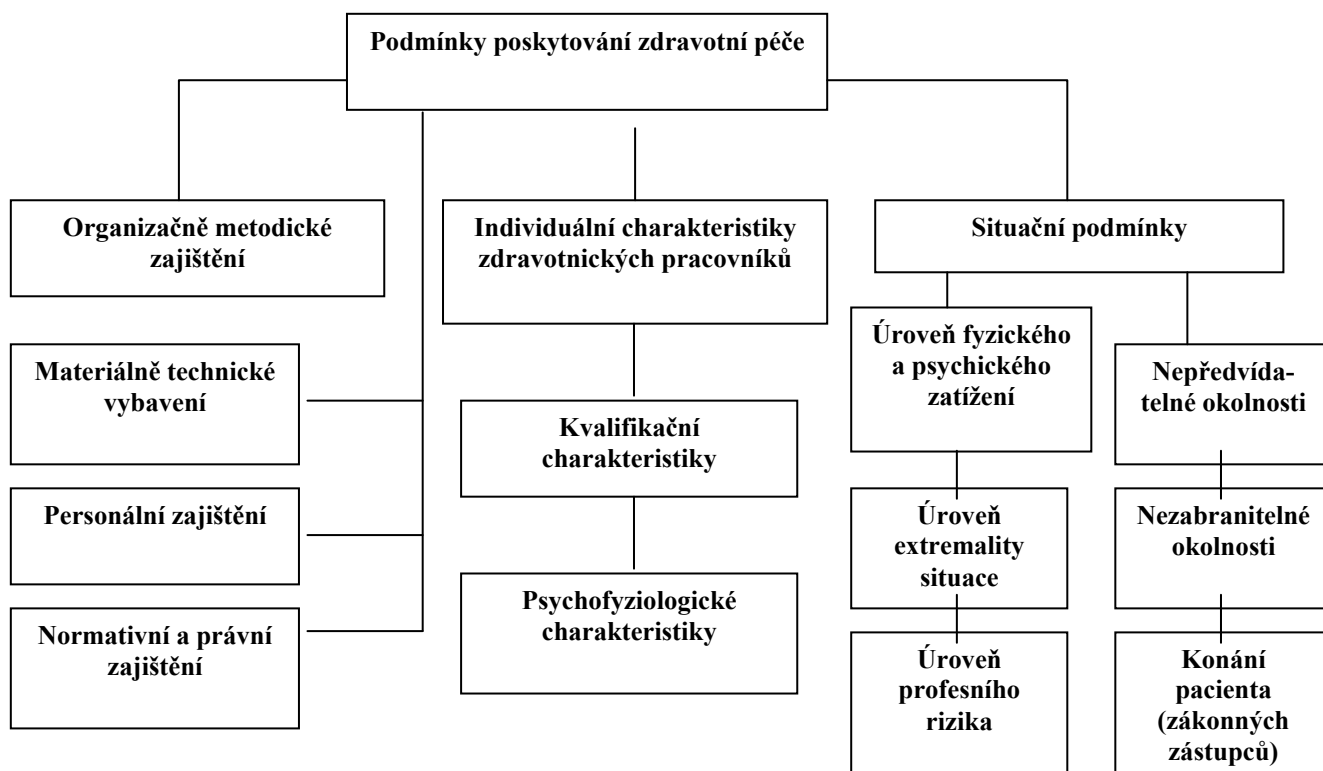
V systému podmínek poskytování zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení lze vyčlenit prvky třech kategorií (schéma 4):

- a) materiálně technické vybavení;
- b) personální zajištění;

c) normativní a organizačně metodické zajištění.

Po prozkoumání prvků každé z uvedených kategorií další analýza spočívá v posuzování individuálních charakteristik zdravotnických pracovníků, kteří se spolupodíleli na léčbě pacienta. Analýza musí zahrnovat jak kvalifikační, tak v některých případech i psychofyziologické vlastnosti pro zjišťování okolností trestních případů spojených s nezaviněným způsobem újmy na zdraví (úmrtí). V trestním řízení může být jednání uznáno za nevinné, pokud subjekt, třebaže předvídal možnost vzniku společensky nebezpečných následků svého konání (opomenutí), nemohl jim však zabránit pro nesoulad svých psychofyziologických vlastností s vysokými požadavky extrémních podmínek nebo psychické zátěže situace.

Schéma 4. Podmínky poskytování zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení.



Posuzování prvků systému poskytování zdravotní péče v rámci kategorií obecného a zvláštního se realizuje prostřednictvím vytvoření organizační matice, tj. typového schématu (popisu), odpovídající úrovni organizace a podmínkám uskutečňování diagnosticko-léčebného procesu s následujícím porovnáváním přístupných údajů o faktickém stavu s údaji organizační matice (schéma 5).

Odpovědi na otázky číslo 1-3 zahrnují charakteristiku typu zdravotnického zařízení, v němž byla poskytována zdravotní péče, jakož i konkrétní organizační složky, ve které byl pacient léčen. Analýza materiálně technického vybavení předpokládá posouzení dostatečnosti zdravotnických přístrojů, nástrojů, materiálů, léků, apod. pro poskytování náležité zdravotní péče pacientovi s konkrétní diagnózou.

Schéma 5. Organizační zajištění diagnosticko-léčebného procesu ve zdravotnickém zařízení.

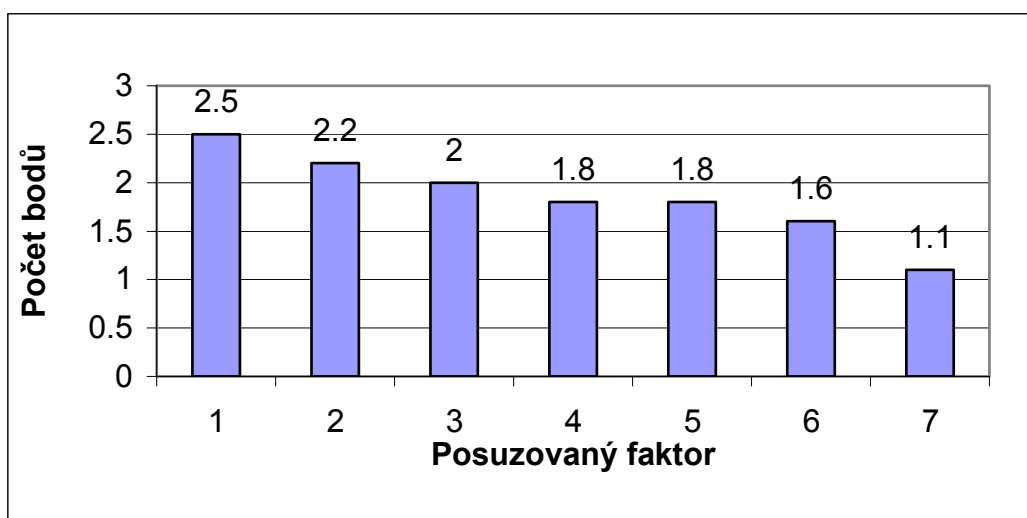
Kategorie	Obecná	Zvláštní	Jedinečná
<i>Otázky znalecké analýzy</i>			
1. Odpovídá materiálně technické vybavení zdravotnického zařízení stanoveným požadavkům pro poskytování náležité zdravotní péče pacientům s danou diagnózou?	+		
2. Odpovídá personální zajištění zdravotnického zařízení stanoveným požadavkům?	+		
3. Odpovídá normativní a organizačně metodické zajištění zdravotnického zařízení stanoveným požadavkům?	+		
4. Jaká je kvalifikace zdravotnického personálu, jenž zajišťoval poskytování zdravotní péči pacientovi?		+	
5. Jaké profesní zkušenosti v léčbě pacientů s podobnou nosologií má ošetřující lékař (chirurg atd.)?		+	+

Standardní charakteristika lékaře (zdravotnického pracovníka) pro účely znalecké analýzy by měla zahrnovat následující položky: název absolvované vysoké školy a datum absolvování, fakulta, atestace, datum atestační zkoušky, nadstavbové specializace, vědecký titul, akademický titul, účast na programu celoživotního vzdělávání, doba působení v oboru. Individuálními charakteristikami jsou osobní zkušenosti s léčbou pacientů se stejnou diagnózou, počet osobně provedených analogických operačních zákroků, popřípadě psychofyziologický stav lékaře posuzovaný v rámci komplexní expertizy za účasti soudních psychologů pro účely trestního řízení (pro posouzení nesouladu

psychofyzilogického stavu lékaře vůči vysoké úrovni psychické zátěže nebo extrémních podmínek vykonání profesních funkcí).

Analýzu podmínek poskytování zdravotní péče podle našeho názoru nelze považovat za úplnou, pokud chybí posouzení individuálních charakteristik situace, v níž byl uskutečňován léčebný proces u konkrétního pacienta. Tato situační analýza má zvláštní význam pro zjišťování skutkových okolností vztahujících se k verzím o nehodě ve zdravotnické praxi, profesní chybě lékaře nebo jednáních pacienta jako příčině nepříznivého výsledku.

Obr. 2. Hodnocení zdravotnickými pracovníky vlivu vnějších situačních podmínek poskytování zdravotní péče.



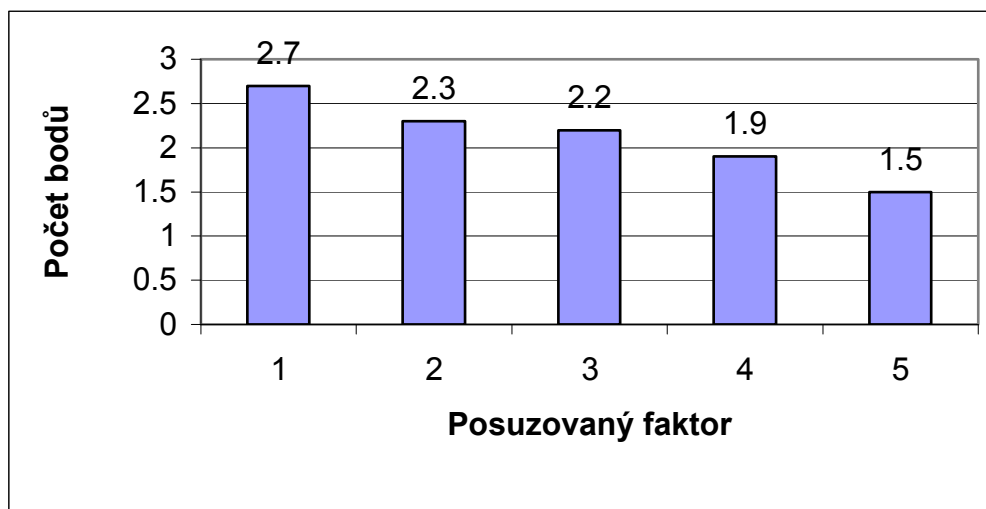
1 – úroveň extrémní situace poskytování zdravotní péče; 2 – nedostatečné materiálně technické vybavení; 3 – omezený přístup k diagnostickým metodám pro vyšetření pacienta; 4 – neodpovídající pracovní podmínky; 5 – nedokonalost metod diagnostiky a léčby určité diagnózy; 6 – nezbytnost složitých speciálních vyšetřovacích metod pro správnou a včasnou diagnostiku; 7 – délka hospitalizace pacienta ve zdravotnickém zařízení.

Výsledky dotazování zdravotnických pracovníků svědčí o rozdílném hodnocení vlivu vnějších a vnitřních situačních podmínek na pravděpodobnost vzniku nepříznivého výsledku léčby pacienta (Obr. 2, 3).

Největší význam zdravotničtí pracovníci dávají úrovni extrémnosti situace poskytování zdravotní péče, na druhém místě je nedostatečné materiálně

technické vybavení, dále omezenost přístupných diagnostických metod pro vyšetření pacienta, úroveň odborné kvalifikace a délka praxe lékaře.

Obr. 3. Hodnocení vlivu vnitřních situačních podmínek poskytování zdravotní péče zdravotnickými pracovníky.



1 – úroveň odborné kvalifikace lékaře; 2 – úroveň obecných lékařských znalostí lékaře; 3 – doba praxe v oboru; 4 – úroveň psychické zátěže a stresogenity situace; 5 – psychofyziologický status lékaře.

Složitost situační analýzy spočívá v nepřítomnosti univerzálních algoritmů pro její uskutečňování, protože oblast její aplikace se nachází ve sféře jedinečného. Dalším problémem může být přesahování sféry odborné kompetence jednotlivého znalce, což může vyžadovat stanovení znalecké komise. V rámci situační analýzy může být zapotřebí posuzování následujících prvků:

- a) úrovně psychické zátěže a psychofyziologických vlastností lékaře;
- b) úrovně extrémnosti podmínek, za nichž byl uskutečňován lékařský zákrok, a souladu profesních zkušeností a psychofyziologických vlastností lékaře;
- c) možnosti předvídat určité okolnosti spojené s procesem poskytování zdravotní péče konkrétnímu pacientovi;
- d) možnosti zabránit určitým okolnostem spojeným s procesem poskytování zdravotní péče konkrétnímu pacientovi;
- e) úrovně profesního rizika lékařského zákroku;

i) charakteru jednání pacienta (zákonných zástupců), například dodržování léčebného režimu a lékařských doporučení.

Poslední bod má zvláštní význam, protože příčina nepříznivého výsledku léčby může spočívat nejenom v charakteru onemocnění a profesních jednání lékaře, nýbrž i v charakteru jednání pacienta samotného a někdy i jeho příbuzných (zákonných zástupců). Klinická a znalecká praxe svědčí o tom, že relativně často bývá neúspěch v léčbě kauzálně spojen s nedodržováním doporučení lékaře nebo léčebně ochranného režimu („non-compliance“ pacienta). Někdy může být důvodem pozdě nebo nesprávně stanovené diagnózy skutečnost, že pacient se brání nezbytnému vyšetření, odmítá hospitalizaci nebo tají před lékařem anamnestické údaje, které jsou důležité pro diagnostiku.

Každý nemocný je subjektem, jenž má vlastní vůli. Jeho činnost může být vědomě nebo podvědomě zaměřena na vytvoření podmínek pro zhoršení, nebo alespoň nezlepšování přítomného onemocnění. Tato jednání mohou být jak úmyslná (získání invalidního důchodu, nemoci z povolání, prodloužení pobytu v nemocnici nebo pracovní neschopnosti, aj.), tak i neúmyslná, z nedbalosti (předčasné odstranění sádrového obvazu, nepřiměřené zatěžování zlomené končetiny, nepravidelné užívání léků, apod.).

Podle § 420a odstavce 3 občanského zákoníku “odpovědnosti za škodu se ten, kdo ji způsobil, zproští, jen prokáže-li, že škoda byla způsobena vlastním jednáním poškozeného”. Dále, podle § 441 občanského zákoníku: “byla-li škoda způsobena také zaviněním poškozeného, nese škodu poměrně; byla-li škoda způsobena výlučně jeho zaviněním, nese ji sám”.

Významnou roli ve formování vzorce volního chování pacienta i jeho příbuzných (zákonných zástupců) hraje informace poskytovaná lékařem. Podle § 31 odstavce 1 zákona č. 372/2011 Sb.: “poskytovatel je povinen zajistit, aby pacient byl srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách”. Tato povinnost lékaře je spojena s právem pacienta dostávat příslušnou

informaci. V Úmluvě o biomedicíně článek 5 zní: “Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích”. Článek 10 tohoto dokumentu v odstavci 2 poukazuje: “Každý je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním stavu”.

Informace o zdravotním stavu, sdělená pacientovi lékařem, obsahuje dva prvky, důležité pro znalce, totiž prognózu onemocnění a riziko spojené s jednotlivými způsoby léčení. Sdělení informace o prognóze onemocnění umožňuje pacientovi v plné míře si vytvořit představu o patologii, upravit své chování a poměr k léčebně diagnostickému procesu. Sdělení údajů o rizicích, spojených se způsoby léčení, je důležité nejen pro pacienta, nýbrž i pro lékaře samotného, jelikož lékař může zhodnotit míru rizika konkrétního zákroku a zvážit možné alternativy. Získání souhlasu nemocného s provedením diagnostických a léčebných zákroků pouze po poskytnutí informace, jejíž obsah je určen Úmluvou a zákonem o zdravotních službách, tvoří podstatu principu “informovaného souhlasu”.

Každý cílevědomý zásah do organismu v rámci profesní zdravotnické činnosti připouští či předpokládá způsobení určité škody na zdraví. Deliktnost zdravotnické služby se dělí na oprávněné a neoprávněné způsobení škody na zdraví. Tuto škodu je možno rozdělit na čtyři samostatné druhy:

a) škoda, o niž lékař aktivně usiloval, aby zabránil větší škodě na zdraví v důsledku onemocnění (například odstranění orgánu nebo jeho části, napadených patologickým procesem);

b) škoda, již lékař vědomitě připouštěl z důvodu biologických vlastností organismu nebo technologických vlastností zákroku (například pooperační jizva, toxické poškození jater při chemoterapii maligních nádorů, aj.);

c) škoda, která vznikla v průběhu léčení náhodně (v důsledku nehody ve zdravotnické praxi nebo profesní chyby, omylného jednání lékaře v dobré víře);

d) škoda, která vznikla v důsledku nenáležitých zaviněných jednání (vinou lékaře nebo vinou pacienta, či jeho zákonných zástupců).

Předpokládaná újma na zdraví, uvedená v prvních dvou bodech, patří k takzvaným “smluvním podmínkám” zdravotní služby. Princip informovaného souhlasu vyžaduje, aby tyto možné účinky byly popsány v příslušné formě a předem oznámeny pacientovi. Tady funguje jeden z principů deliktního práva, podle něhož, je-li škoda způsobena se svolením postiženého, a jednání toho, kdo ji způsobil, neporušuje mravní principy společnosti, pak nepodléhá náhradě.

Fakticky vzniklé závadné následky zdravotnické služby, předem nedohodnuté s pacientem, mohou být způsobeny poskytováním nenáležité lékařské péče v důsledku zaviněných jednání lékaře nebo pacienta, profesní chyby lékaře nebo nehody v medicínské praxi. Důležitým institutem medicínského práva je negativní revers (odmítnutí lékařského zákroku). Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě přímo uvádí, že pacient má právo odmítnout lékařský výkon. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, stanovuje, že odmítá-li pacient přes náležité vysvětlení potřebnou péči, lékař si o tom musí vyžádat písemné prohlášení – negativní revers. Při odmítnutí lékařského zákroku mají být srozumitelnou formou pacientovi nebo jeho zákonnému zástupci vysvětleny možné následky tohoto rozhodnutí.

Charakter zdravotnického zákroku, jeho rozsah a doba uskutečnění se stanovují lékařem v závislosti na konkrétní klinické situaci, která někdy diktuje nezbytnost postupovat neprodleně. Zpoždění může ohrožovat život a zdraví pacienta. Zvláštní význam v takovéto situaci může mít odmítnutí zdravotnického zákroku zákonnými zástupci dítěte nebo osoby právně nezpůsobilé. Například matka 10-letého dítěte odmítla jeho hospitalizaci pro akutní zápal plic a rozhodla se přes vysvětlení lékařů, že dokáže vyléčit syna vlastními silami. Za týden bylo dítě dopraveno do nemocnice záchrannou službou ve velmi těžkém stavu s diagnózou “oboustranná lobární pneumonie”, kde zemřelo za 18 hodin v důsledku

akutního respiračního a srdečního selhání. Matka podala trestní oznámení na ošetřujícího lékaře nemocnice.

Jiná situace, která se již opakovaně stala v různých zemích, může spočívat v tom, že rodiče odmítnou podání transfuze dárcovské krve svému dítěti z náboženských důvodů. Vždy však stav nezletilého pacienta neumožní zdravotnickému zařízení uskutečnit nezbytná právní opatření k překonání nesouhlasu rodičů. Existují klinické situace, kdy je lékařský zásah třeba uskutečnit během několika minut nebo hodin, pak lékaři zbývá buď přestoupit odmítnutí zákonného zástupce bez náležitých právních opatření, nebo se vzdát účinného postupu a smířit se s nepříznivým výsledkem. Uvedené situace jsou velmi složité jak se znaleckého, tak i z právního hlediska.

Účinnost léčby (pravděpodobnost příznivého výsledku) je ve velké míře závislá na charakteru jednání pacienta samotného (zákonných zástupců). Když shrneme charakteristiky znalecké verze ohledně nevhodného jednání pacienta (zákonných zástupců) jako možné příčiny nepříznivého výsledku léčby:

1. Pacient (zákonný zástupce) byl náležitě informován zdravotnickými pracovníky, aby měl dostatečnou představu o svém optimálním chování i terapeutickém postupu.

2. V konáních (opomenutí) pacienta (zákonného zástupce) byly přítomny příznaky vědomého odmítnutí (ignorování) náležitého postupu potřebného pro dosažení příznivého výsledku léčby.

3. V konáních (opomenutí) pacienta (zákonného zástupce) byly přítomny příznaky nedbalého (lehkomyšlného) porušení lékařských doporučení, jejichž dodržování bylo potřebné pro dosažení příznivého výsledku léčby.

4. Zdravotnický pracovník neměl možnost předvídat nenáležitý charakter konání (opomenutí) pacienta (zákonných zástupců) a/nebo účinně zabránit jejich nepříznivým výsledkům.

5. Mezi jednáním pacienta (zákonných zástupců) a nepříznivým výsledkem léčby jsou přítomny příznaky příčinné souvislosti.

Základním zdrojem informací o jednotlivých prvcích situační analýzy jsou výpovědi osob, zúčastněných v analyzované klinické situaci, tj. pacienta (poškozeného), zdravotnického personálu, svědků, aj. Proto je v řadě případů, zejména v rámci trestního řízení, zapotřebí bezprostřední účast znalce na jednotlivých úkonech procesního řízení, konkrétně za účelem získání uvedených informací. Právo znalce na účast v procesním řízení je zajištěno v trestním řádu (odst. 1 § 107 zákona č. 141/1961 Sb., o trestním soudním řízení).

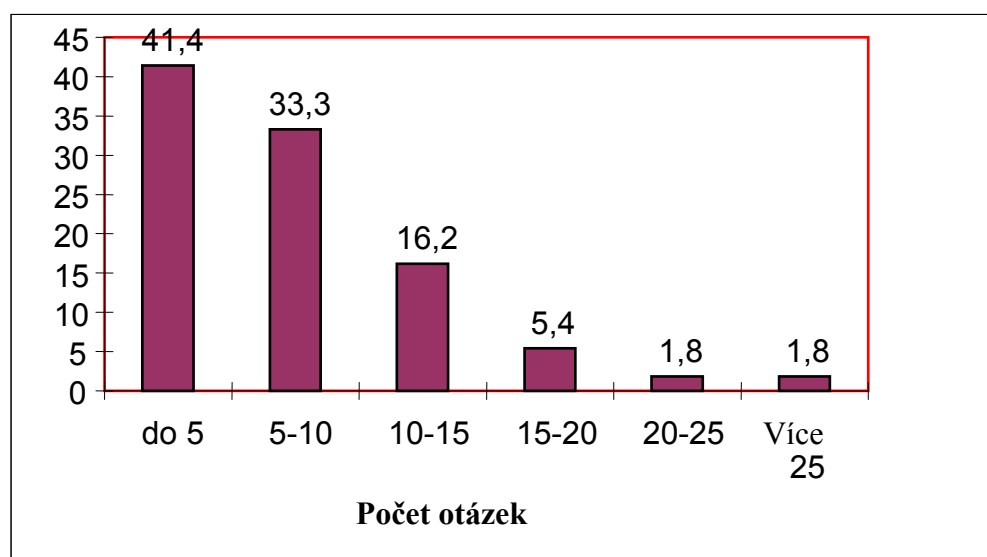
V této souvislosti jsou důležité výsledky průzkumu názoru právníků (advokátů, působících ve sféře medicínského práva) na srovnávací hodnocení objektivitu jednotlivých důkazů v rámci trestněprávních a občanskoprávních případů spojených s nenáležitým plněním profesních povinností zdravotnickými pracovníky. Právníci zhodnotili výpovědi poškozeného a svědků v takzvaných „lékařských případech“ jako více objektivní než výpovědi podezřelého, obviněného, či žalovaného. Statistické zhodnocení s použitím Piersonova kritéria prokázalo, že faktická hodnota χ^2 výpovědi poškozeného (žalobce) ve výši 10,13, tak i výpovědi svědků, dosahující hodnoty 8,63, při porovnání s výpovědi podezřelého, obviněného (žalovaného) značně převyšovala jeho kritickou hodnotu (5,99) při dvou stupních volnosti a hladině významnosti 0,05. Lze tedy učinit závěr, že existuje statisticky významný rozdíl v hodnocení objektivitu výpovědi poškozeného/žalobce a svědků na jedné straně, a výpovědi podezřelého, obviněného/žalovaného na druhé straně.

Ve shodě s těmito nálezy jsme při porovnávání výsledků našich dotazníků při hodnocení objektivitu jednotlivých důkazů pomocí stupnice s počtem bodů 1 až 3, došli ke skutečnosti, že právníci považovali za více objektivní výpovědi poškozeného nebo žalobce (1,9 bodů) a svědků (1,8 bodů) než výpovědi podezřelého, obviněného, žalovaného (1,5 bodů).

Nicméně předpoklad, že právníci budou hodnotit přibližně stejně objektivitu zdravotnické dokumentace jako důkazu a výpovědi poškozeného (žalobce), založený na průměrné hodnotě objektivitu uvedených důkazů (2 a 1,9 bodů) a

získaných statistických údajů o srovnávacím hodnocení objektivit stran „lékařských případů“, nebyl potvrzen v průběhu dalšího statistického zpracování výsledků. Při statistickém zpracování výsledků dotazování právníků ve věci srovnávacího hodnocení objektivit zdravotnické dokumentace a výpovědi poškozeného (žalobce) s použitím Piersonova kritéria bylo zjištěno, že faktická hodnota χ^2 (6,63) převyšovala jeho kritickou hodnotu (5,99) při dvou stupních volnosti na hladině významnosti 0,05. Lze tady uzavřít, že existuje statisticky věrohodný rozdíl v hodnocení právníky objektivit zdravotnické dokumentace a výpovědi poškozeného/žalobce jako důkazu.

Obr. 4. Rozložení znaleckých posudků dle rozsahu znaleckého úkolu – počtu otázek ve znaleckých posudcích (v procentech).

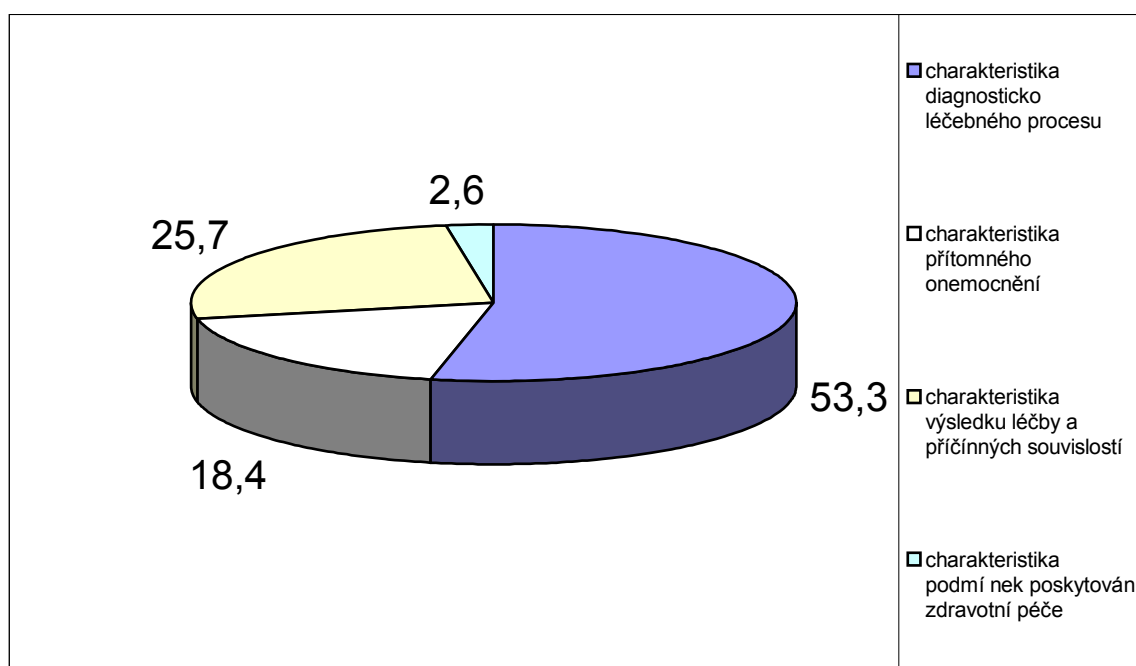


Zdravotníci pracovníci na rozdíl od právníků hodnotili objektivitu výpovědi podezřelého, obviněného, žalovaného v rámci „lékařských případů“ výše, než objektivitu výpovědi poškozených, žalobců a svědků. Daný rozdíl je statisticky významný (χ^2 je 34,53 při porovnávání s výpověďmi poškozených, žalobců a 19,90 při porovnávání s výpověďmi svědků při kritické hodnotě 5,99, dvou stupních volnosti a hladině významnosti 0,05).

Analýza podmínek poskytování zdravotní péče využívá metody systémové analýzy, tedy posuzování podstatných vztahů a souvislostí mezi jednotlivými

zkoumanými prvky. Například nedostatky materiálně technického vybavení mohou hrát základní roli pro vznik negativních situačních faktorů (extrémní situace v průběhu poskytování urgentní zdravotní péče), a naopak, situační podmínky mohou mít určitý vliv na účinnost využití přístupných materiálních zdrojů.

Výsledky naší studie svědčí o nedostatečné pozornosti znalců a osob, žádajících o znalecký posudek, věnované analýze podmínek poskytování zdravotní péče. V rámci zkoumání charakteru a počtu otázek, kladených znalcům v materiálech hodnocených soudními případy, bylo zjištěno, že největší podíl znaleckých posudků tvoří posudky s rozsahem znaleckého úkolu do 10 otázek (74,7 % posudků). Přitom v této skupině více než polovinu tvoří posudky s počtem do 5 otázek. (Obr. 4).



Obr. 5. Základní kategorie otázek ve znaleckých posudcích (v procentech).

Nedostatečný rozsah znaleckého úkolu může způsobit jednostrannost znaleckých závěrů a celého posudku jako důkazu. Za příklad uvedeme rozsah jednoho znaleckého úkolu dle trestněprávního případu poskytování zdravotní péče pacientce P. Znalci byly položeny následující otázky:

- Byla zdravotní péče poskytnutá pacientce ve zdravotnickém zařízení náležitého charakteru?
- Bylo poškozeno zdraví pacientky v důsledku léčby ve zdravotnickém zařízení?
- Měl lékař možnost poskytnout jinou zdravotní péči a zabránit poškození zdraví?
- Existuje příčinná souvislost mezi poskytnutou zdravotní péčí a újmou na zdraví pacientky?

Tabulka 3. Otázky ve znaleckých posudcích, týkající se charakteristiky onemocnění pacienta.

Č.p.	Otázky pro znalce	Počet znaleckých posudků	%
1.	Co mělo větší podíl na výsledku léčby, charakter základního onemocnění nebo lékařský postup?	39	35
2.	Jaké onemocnění bylo přítomno u pacienta?	19	17
3.	Jaký vliv měla vedlejší onemocnění na výsledek léčby?	11	10
4.	Jaký byl mechanismus vzniku (rozvoje) onemocnění (úrazu)?	12	11
5.	Jaký průběh mělo onemocnění v době před návštěvou zdravotnického zařízení?	9	8
6.	Jaký vliv měly individuální vlastnosti organismu pacienta na výsledek léčby?	7	6
7.	Jaká byla pravděpodobnost komplikací, jaké faktory spolupodílely na jejich vzniku?	6	5,4
8.	Jakou léčbu dostával pacient v době před návštěvou daného zdravotnického zařízení?	4	3,6
9.	Jaká je pravděpodobnost příznivého výsledku léčby daného onemocnění?	4	3,6
10.	Jaké existují způsoby léčby daného onemocnění?	3	2,7
11.	Jiné otázky	5	4,5

Je zřejmé, že nedostatečný rozsah a jednostranná zaměřenost znaleckého úkolu podmiňují jednostrannost a neúplnost znaleckého zkoumání. Avšak ani

formálně rozsáhlé znalecké úkoly s velkým počtem otázek nezajišťují všestrannost, úplnost a objektivitu zkoumání, hlavně pro absenci systematickosti a komplexnosti, tedy vady metodiky. V těchto případech zpravidla bývají otázky znalcům položeny nekorektně, opakují se, nevztahují se k podstatě věci nebo přesahují odbornou kompetenci znalce. Je očividné, že se zvyšováním počtu podobných otázek se závěry znaleckého zkoumání nestávají více relevantními, opodstatněnými ani věrohodnými.

Provedená analýza struktury otázek pro znalce v materiálech soudních případů umožnila zjištění podílu jednotlivých základních kategorií otázek na celkovém obsahu znaleckého úkolu (Obr. 5). Více než polovinu otázek pro znalce tvořily dotazy k posouzení charakteru jednání zdravotnických pracovníků v rámci plnění profesních funkcí. V některých posudcích se dotaz na správnost lékařského postupu opakuje několikrát. Na druhém místě byly dotazy na charakteristiku výsledku léčby a příčinné souvislosti. Vzhledem k důležitosti stanovení role činnosti zdravotnického personálu ve vzniku nepříznivého výsledku léčby mají oprávněně velký podíl dotazy na přímou příčinnou souvislost mezi lékařským zákrokem a újmou na zdraví (úmrťm).

Tabulka 4. Otázky ve znaleckých posudcích zaměřené na organizaci a podmínky poskytování zdravotní péče.

Č. p.	Otázka pro znalce	Počet znaleckých posudků	%
1.	Zhodnotíte úlohu charakteru jednání pacienta ve vzniku nepříznivého výsledku léčby?	8	7,2
2.	Odpovídá materiálně technické vybavení zdravotnického zařízení požadavkům kladeným na léčbu charakterem onemocnění pacienta?	7	6,3
3.	Odpovídá kvalifikace ošetřujícího lékaře složitosti lékařského zákroku použitého v léčbě pacienta?	3	2,7

Otázky, týkající se charakteristiky přítomného u pacienta onemocnění jsou zpravidla omezeny jak dle svého počtu, tak i obsahu (Tab. 3). Jak svědčí výsledky

provedené studie, nejmenší podíl v struktuře znaleckých úkolů mají dotazy na charakteristiku organizace a podmínek poskytování zdravotní péče (Tab. 4). I když, jak bylo uvedeno výše, skutečnosti zjišťované v rámci znalecké analýzy organizace a podmínek poskytování zdravotní péče mají velký význam pro potvrzení nebo vyvrácení minimálně tří z pěti znaleckých verzí o příčině nepříznivého výsledku léčby. Je proto třeba věnovat větší pozornost této kategorii dotazů jak ze strany znalců, tak i ze strany osob vyžadujících znalecký posudek.

KAPITOLA 4. ZNALECKÁ ANALÝZA SPRÁVNOSTI, ÚPLNOSTI, VČASNOSTI A ADEKVÁTNOSTI DIAGNOSTICKO-LÉČEBNÉHO PROCESU

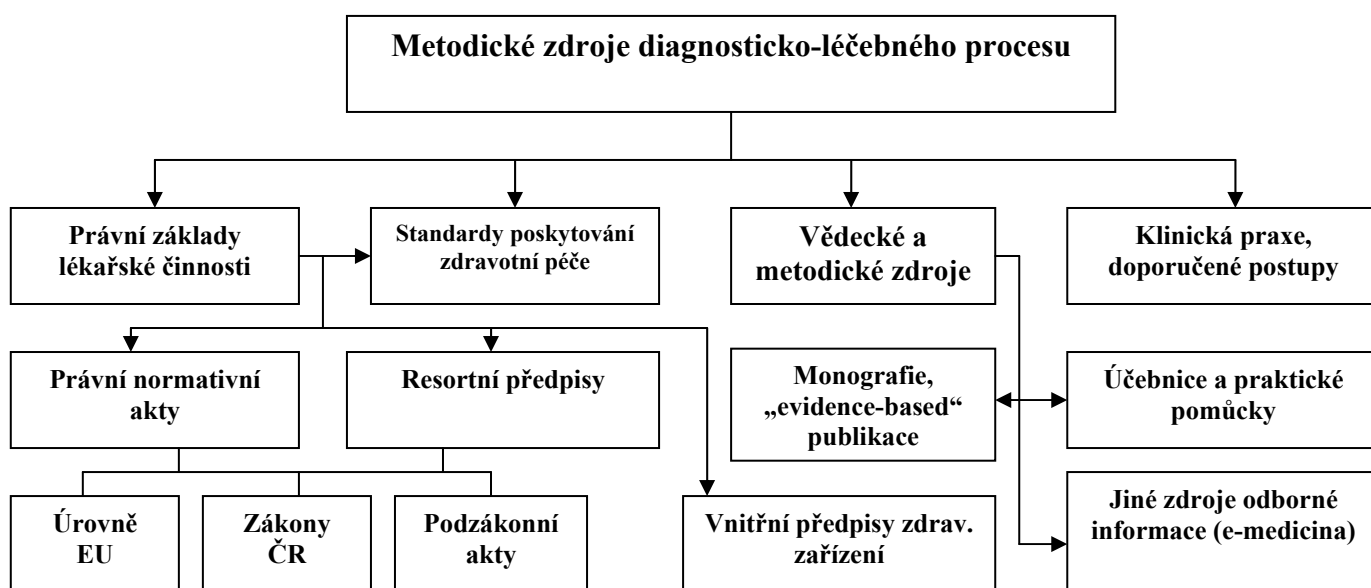
§ 4.1. Procesní přístup k analýze diagnosticko-léčebného procesu.

Diagnosticko-léčebný proces je upraven určitým souhrnem předpisů imperativního a doporučujícího charakteru, který spolu s informacemi z odborné literatury tvoří metodický rámec poskytování zdravotní péče pacientu s určitou diagnózou (schéma 6). Do obsahu tohoto systému patří ustanovení zákonů, resortních předpisů a směrnic, normy standardů a doporučených postupů poskytování zdravotní péče, jakož i souhrn odborných informací vědeckého a praktického charakteru ohledně postupů diagnostiky a léčby, uznávaných současnou medicínou za *lege artis*.

Nezbytnou podmínkou všestrannosti znalecké analýzy je dostatečná informovanost znalce ohledně obsahu všech prvků uvedeného systému. Nedostatečné znalosti požadavků k procesu poskytování zdravotní péče pacientům s určitou diagnózou mohou vést k nesprávným nebo nevěrohodným závěrům znalce ohledně náležitého/nenáležitého charakteru posuzovaných diagnostických a léčebných opatření. Čtvrtá etapa znalecké analýzy, analýza charakteru diagnostických a léčebných opatření v rámci procesu poskytování zdravotní péče konkrétnímu pacientovi, začíná proto zkoumáním výše uvedeného „metodického rámce“.

Soulad činnosti lékaře s odbornými předpisy a požadavky je základní podmínkou pro hodnocení soudem této činnosti jako náležité. Z tohoto hlediska nedostatečná pozornost znalců k otázce normativní reglementace procesu poskytování zdravotní péče nebo nedostatečná informovanost v této sféře, zjištěná v rámci této studie, představuje problém, vyžadující řešení. Provedená analýza obsahu znaleckých posudků ukazuje, že pouze v 6,4% posudků byly přítomny odkazy na relevantní normativní předpisy. Ve většině znaleckých posudků chyběla informace potřebná k podpoře činnosti lékaře odbornými předpisy, což pochopitelně znesnadňuje řešení otázky protiprávnosti jednání zdravotnických pracovníků kompetentními orgány.

Schéma 6. „Metodický rámec“ diagnosticko-léčebného procesu.



Navíc v některých případech znalci přímo odmítali v námi studovaných znaleckých posudcích odpovědět na otázku souladu lékařského postupu s odbornými předpisy pod záminkou absence v předložených spisových materiálech odpovídajících odborných předpisů. Podobné odmítnutí nelze považovat za odůvodněné, protože status znalce předpokládá nejenom praktické zkušenosti v oboru, nýbrž i dokonalou znalost odborných normativních předpisů, řídících profesní činnost lékaře. Proto zdůrazňujeme, že znalecká analýza má

bezpodmínečně zahrnovat legislativní rámec systému poskytování zdravotní péče pacientu s určitou diagnózou, zejména závazných odborných právních předpisů.

Je očividné, že celé spektrum diagnostických a léčebných metod, které aplikuje lékař ve své praxi, není možné úplně řídit odbornými předpisy. Proto je dalším důležitým prvkem „technologického systému“ diagnosticko-léčebného procesu vědecko-metodický základ, totiž souhrn odborných informací vědeckého a praktického charakteru, týkající se metod diagnostiky a léčby, uznávaných současnou medicínou za postup *lege artis*. Zdroji, obsahujícími tuto informaci, jsou:

- a) vysokoškolské učebnice, metodická a praktická odborná literatura;
- b) tématické monografie odborníků, „evidence-based“ publikace;
- c) jiné publikace v odborných publikacích, evidovaných v elektronických databázích („peer-reviewed editions“).

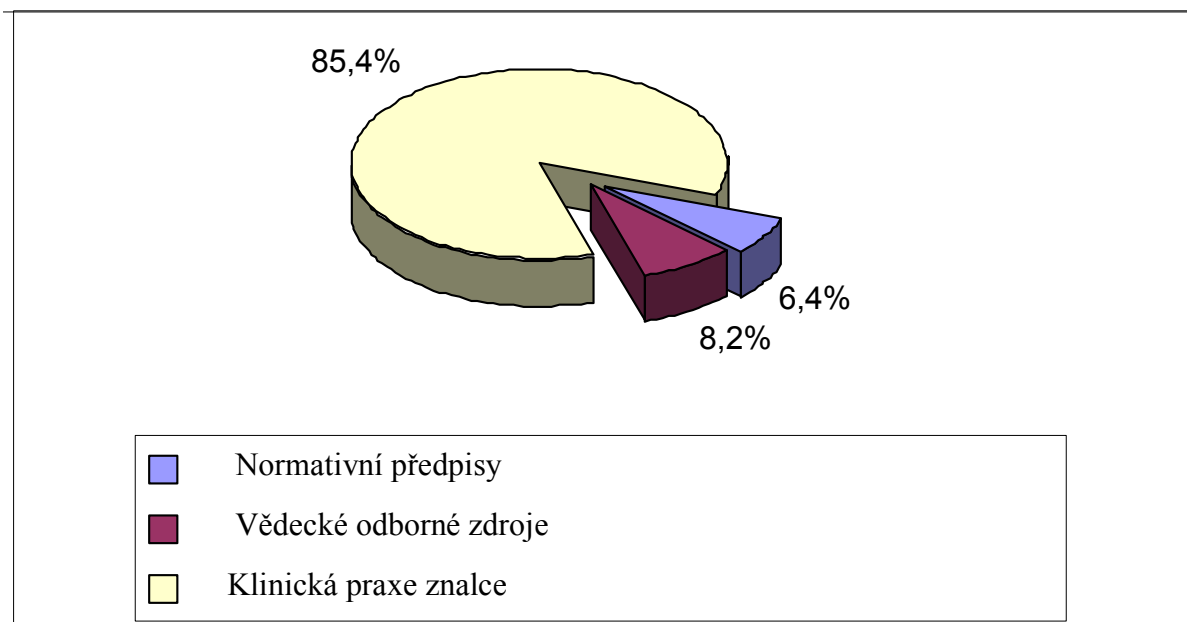
V rámci vyhotovení posudku znalci využívají mimo jiné svých znalostí odborné literatury. Je zcela přirozené, že ve vědeckém prostředí často chybějí jednotná hlediska na zkoumané jevy, a názory různých vědců na problémy se liší. Předpokládá se, že spolehlivější a věrohodnější jsou informace z autoritativních vědeckých zdrojů, uznávaných většinou odborníků v příslušné oblasti. Vědeckým základem znaleckého posudku mohou být odborné monografie, učebnice, publikace v referovaných časopisech uznávané odborníky v oboru znaleckého posudku. Nedostatek nebo absence odpovídajících literárních odkazů ve znaleckém posudku nutně vzbuzuje pochybnosti právníků o spolehlivosti a opodstatněnosti závěrů, což může pochopitelně vést k negativnímu hodnocení posudku jako důkazu soudem. V této souvislosti je zapotřebí uvést, že pouze ve 8,2% námi prozkoumaných znaleckých posudků byly přítomny odkazy na odborné vědecké literární zdroje jako opodstatnění znaleckých závěrů (obr. 6).

Posledním prvkem „technologického systému“ poskytování zdravotní péče jsou relevantní údaje z klinické praxe, z osobních zkušeností zdravotnických pracovníků z léčby pacientů se stejnou diagnózou. Zdrojem vztažné informace

v tomto případě jsou samotní znalci, odborníci v konkrétním oboru medicíny, kteří mají vysokou kvalifikaci, mnohaleté praktické zkušenosti, a někdy vlastní vědecké publikace v oblasti výzkumu. Přínosným zdrojem informace může v některých případech být klinická kasuistika, publikovaná v uznávaných vědeckých odborných časopisech.

Klinická praxe jako zdroj informace pro účely znalecké analýzy a samostatný prvek metodického rámce diagnosticko léčebného procesu má určité vlastnosti, které je třeba brát v úvahu. Za prvé, úroveň kvalifikace a praktické zkušenosti znalce jsou zdaleka vyšší než u obyčejného lékaře. Není tedy vyloučena vyšší náročnost znalce k výkonu lékaře ve zkoumané klinické situaci, což může zvyšovat pravděpodobnost znaleckých závěrů o nenáležitém postupu lékaře v této situaci. Proto se například v americké znalecké praxi používá pojem „průměrný doktor“ („average physician“), což znamená charakteristiku správnosti jednání lékaře z hlediska obyčejného, „průměrného“ lékaře.

Obr. 6. Odkazy na metodické zdroje v obsahu znaleckých posudků.



Za druhé, názor znalce je podložen osobními odbornými znalostmi a zkušenostmi, což nemůže vyloučit prvky subjektivity v úsudcích a závěrech. Zkušenosti znalce se skládají ze statisticky relativně malého počtu nestejnorodých případů, z nichž každý je v něčem unikátní. Přítomnost vlastních odborných

zkušeností přináší vlastní pohled na problém, který se někdy může značně lišit od obecně uznávaného. Pokud znalec podpoří své závěry vlastními klinickými zkušenostmi, které se značně liší od odborného hlediska a literárních odkazů, pak je třeba analýzu jeho myšlenkové činnosti a jeho závěry považovat za sporné.

V této souvislosti jsou zajímavé výsledky dotazníkové akce u právníků na hodnocení objektivitu jednotlivých důkazů v rámci takzvaných „lékařských případů“. Dle názoru respondentů vykazují právě znalecké posudky největší objektivitu mezi důkazy. Při statistickém zpracování výsledků dotazníků u právníků s použitím Piersonova kritéria bylo zjištěno, že faktická hodnota χ^2 (22,81) značně převyšovala jeho kritickou hodnotu (5,99) při dvou stupních volnosti a hladině významnosti 0,05. Tedy byly přítomny statisticky významné rozdíly v hodnocení objektivitu znaleckých posudků a zdravotnické dokumentace právníky. Přitom vzhledem k průměrné veličině hodnocení objektivitu posudků (2,6 bodů) a zdravotnické dokumentace (2,0) právníci považovali znalecký posudek za významně spolehlivější důkaz, než zdravotnickou dokumentaci pacienta. Rozdíly v hodnocení objektivitu znaleckých posudků a jiných důkazů dle výsledků dotazování jsou ještě větší.

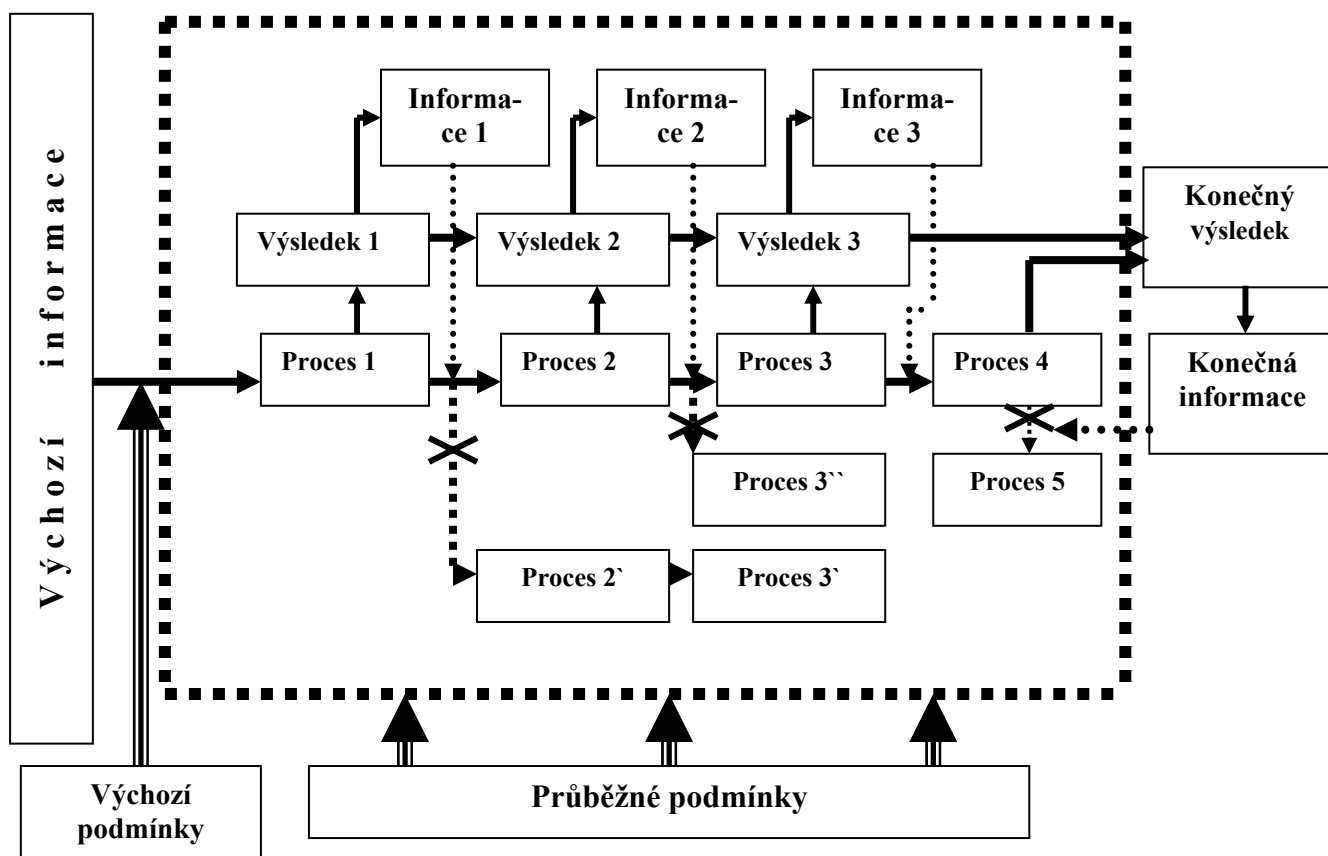
Je třeba uvést, že odpovědi lékařů v dotazníku na stejnou otázku se do značné míry liší od odpovědí právníků. Při hodnocení objektivitu znaleckých posudků a zdravotnické dokumentace lékaři za použitím Piersonova kritéria bylo zjištěno, že faktická hodnota χ^2 (0,6) byla značně menší než kritická hodnota (5,99) při dvou stupních volnosti a úrovni významnosti 0,05, což svědčí o nepřítomnosti statisticky signifikantního rozdílu v hodnocení lékaři objektivitu těchto dvou druhů důkazů. Přitom vzhledem k průměrnému hodnocení objektivitu posudků (2,6) a zdravotnické dokumentace (2,5) lze konstatovat, že zdravotničtí pracovníci dávají větší váhu zdravotnické dokumentace jako důkazu v porovnání s právníky.

Proces poskytování zdravotní péče zahrnuje komplex diagnostických a léčebných opatření. V rámci procesu diagnostiky se rozlišují etapy stanovení

předběžné diagnózy, diferenciální diagnostiky, stanovení klinické a závěrečné diagnózy, patologicko-anatomické diagnózy. Podobným způsobem je v rámci léčebného procesu možno definovat určité základní prvky, například v případě chirurgického léčení předoperační přípravu pacienta, anesteziologická opatření, samotný operační zákrok, pooperační léčbu apod.

Je zřejmé, že souhrn opatření v rámci poskytování zdravotní péče konkrétnímu pacientovi lze posuzovat jako otevřený procesní informační systém, v jehož rámci je posloupnost realizace jednotlivých procesů určena obsahem diagnostické informace, a charakter konečného výsledku je pravděpodobnostně determinován komplexem vnějších a vnitřních faktorů, mezi nimiž patří adekvátnost jednotlivých lékařských zákroků (schéma 7).

Schéma 7. Procesní model diagnosticko-léčebného procesu.



Podle našeho názoru lze prvky uvedeného systému rozdělit do třech skupin, tradičně používaných v rámci procesního přístupu k analýze kvality fungování systému: procesy, informace, výsledky. Za proces tady považujeme určité

lékařské opatření, které zajišťuje přechod systému z původního stavu do stavu naplánovaného výsledku (dosažení cíle). Za informaci považujeme souhrn diagnostických údajů ohledně výchozího (původního), průběžného a konečného stavů systému, který určuje charakter a zaměření jednotlivých procesů uvnitř systému. Výchozí informace zahrnuje například diagnostické údaje získávané při prvním kontaktu lékaře s pacientem (předběžná diagnóza), jakož i údaje ohledně možnosti a způsobů získávání dalších diagnostických informací.

Průběžná informace zahrnuje údaje získávané v průběhu uskutečňování jednotlivých procesů (lékařských opatření) jak zaměřených na získání této informace (diagnostických opatření), tak i zaměřených na jiné cíle (terapeutických opatření), a určuje charakter dalšího fungování systému. Konečná informace zahrnuje údaje, určující parametry náležitého výsledku fungování systému, jehož dosažení znamená ukončení realizace určitých procesů uvnitř systému (nebo fungování systému jako celku). Jestli výchozí informace určuje „pattern“ fungování celého systému, je vnější vůči systému, pak průběžná a konečná informace vznikají již v rámci fungování systému.

Konečně, za výsledky fungování systému považujeme souhrn parametrů, za jejichž přítomnosti není účelné pokračování jednotlivých procesů uvnitř systému nebo další fungování systému jako celku (vzhledem k dosažení naplánovaného cíle nebo zjištění nemožnosti jeho dosažení v rámci tohoto systému).

Je důležité zdůraznit, že informace vůči procesu uvnitř popsaného systému plní několik samostatných funkcí:

- a) selektivní funkce, určující výběr konkrétního procesu, který má být uskutečněn za přítomných podmínek fungování systému;
- b) trigerní funkce, určující začátek realizace procesu;
- c) modulující funkce, určující parametry realizovaného procesu;
- d) funkce zpětné vazby, určující parametry ukončení procesu po dosažení výsledku.

Z našeho hlediska, nepřítomnost striktní determinace mezi prvky analyzovaného systému diktuje nezbytnost rozdílné analýzy jednotlivých prvků, totiž procesů, informací, výsledků, protože určité vlastnosti jednoho prvku mohou korelovat s širokým spektrem vlastností dalších prvků systému, s nim spojených. Proto je v rámci analýzy diagnosticko léčebného procesu z pozice procesního přístupu účelné vydělit následující samostatné analytické bloky:

- a) procesní analýza diagnostických a léčebných opatření;
- b) informační (kontextní) analýza;
- c) analýza výsledků diagnosticko-léčebného procesu.

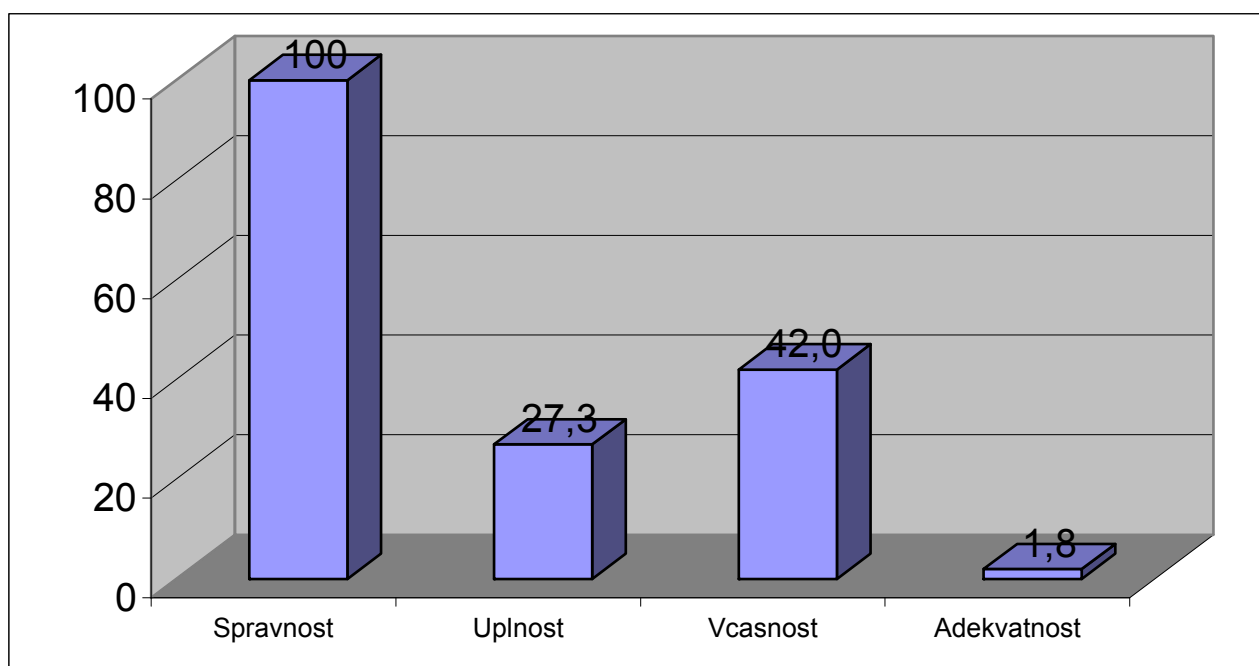
V rámci procesní analýzy znaleckému posuzování a hodnocení se podrobují diagnostická a léčebná opatření, tedy jednotlivé zákroky v rámci poskytování zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení. Informační analýza spočívá v posuzování rozsahu a kvality informací o zdravotním stavu pacienta (o klinické situaci) z hlediska možnosti jejich využití k dosažení příznivého výsledku léčby. Informace se dostává k recipientovi v určitém kontextu, který je tvořen podmínkami její vzniku, transformace, vnímání, uvědomování a interpretace. Za podmínky v tomto případě považujeme zejména:

- a) vlastnosti zdroje informace (například rozdíly v klinickém obrazu typické a atypické varianty onemocnění);
- b) vlastnosti informačního signálu (délka a intenzita informačního signálu, úroveň „šumových“ signálu, aj.);
- c) vlastnosti přístroje (objektu) transformujícího a interpretujícího signál (sensitivita a specifická diagnostické metodiky, věrohodnost získaných informací);
- d) vlastnosti vnímajícího subjektu (úroveň kvalifikace, praktické zkušenosti, individuální psychologické kvality).

Řada podmínek může být ze začátku zadána pro systém jako výchozí (například forma a charakter průběhu onemocnění při první návštěvě zdravotnického zařízení), jiné vznikají v procesu fungování systému (průběžné

podmínky). Charakter podmínek, za nichž je uskutečňován „životní cyklus“ diagnostické informace, určuje nezbytnost posuzování této informace výlučně v rámci konkrétního kontextu klinické situace. Informačně kontextní analýza je tedy metodou znaleckého posouzení diagnostické informace, získané lékařem v průběhu diagnosticko-léčebného procesu.

Obr. 7. Frekvence použití kritérií hodnocení diagnosticko-léčebného procesu ve znaleckých posudcích (v procentech).

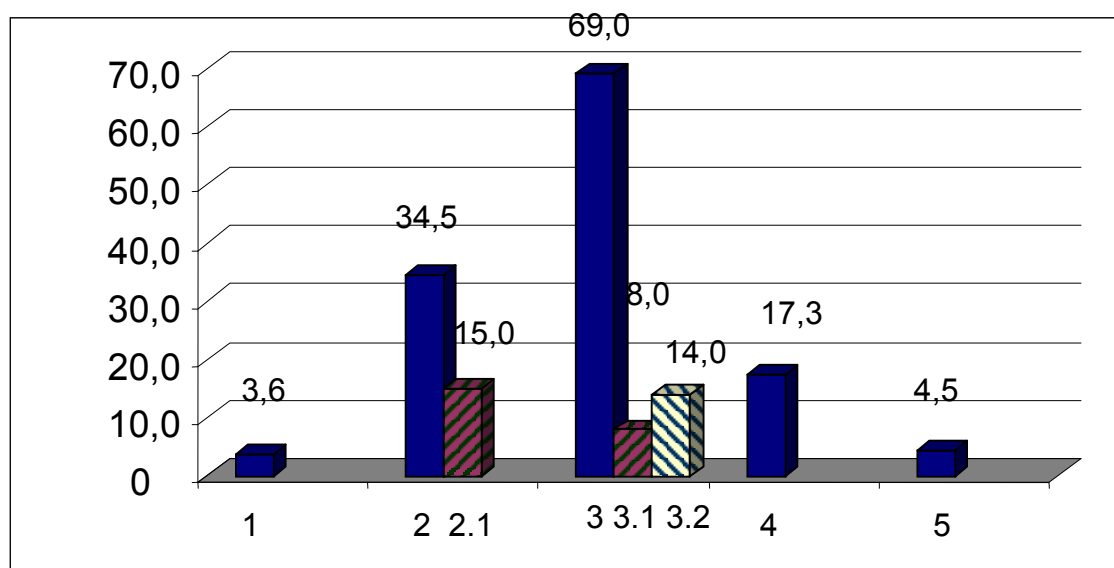


Každý jednotlivý proces (diagnostický nebo léčebný zákrok) při poskytování zdravotní péče má za účel dosažení určitého výsledku. Souhrnný výsledek léčby se skládá z těchto „mezních“ výsledků. Přičemž je důležité rozlišovat v rámci znalecké analýzy pojmy „výsledek léčby“ a „následek onemocnění“. Jestli první je integrálním ukazatelem, který představuje souhrn stejnorodých součástí, tj. výsledků uskutečňování jednotlivých lékařských opatření, pak ten druhý představuje výsledný vektor různorodých součástí, z nichž jenom jedna složka je tvořena profesními jednáními zdravotnických pracovníků. Pro účely zjednodušení situace předpokládáme, že v každém podobném souhrnu lze vyčlenit základní složku, na čemž je založeno vytvoření systému znaleckých verzí. Z tohoto důvodu

analýza výsledků diagnosticko-léčebného procesu a příčinná analýza musí tvořit samostatnou etapu znalecké analýzy.

Základními kritérii znalecké analýzy diagnosticko-léčebného procesu jsou kritéria správnosti, úplnosti, včasnosti a adekvátnosti. Jasná představa ohledně obsahu uvedených kritérií doposud ve znalecké praxi chybí. Výsledky našeho studia znaleckých posudků ukazují, že ve většině znaleckých posudků kritéria úplnosti, včasnosti a adekvátnosti diagnostických a léčebných opatření buď nebyly přítomny nebo figurovaly jen jako součásti kritéria správnosti (nebo takzvaného postupu *lege artis*). Hranice mezi jednotlivými kritérii nejsou přesně stanoveny, často je ve znaleckých posudcích jako kritérium správnosti používáno pouze jediné integrální kritérium náležitosti diagnosticko léčebného procesu (Obr. 7).

Obr. 8. Frekvence použití kritéria správnosti při posouzení procesu léčby ve znaleckých posudcích (v procentech).

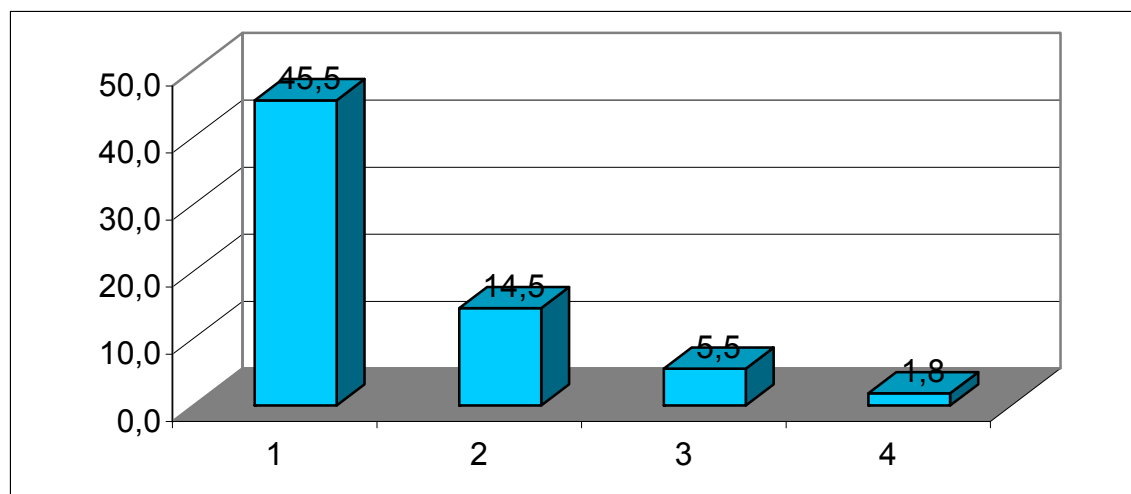


1- správnost hospitalizace na určitém oddělení; 2- správnost provedení lékařského zákroku (operačního zákroku - 2.1.); 3- správnost konservativních léčebných opatření (předoperační léčby - 3.1; pooperační léčby - 3.2.); 4- správnost vybrané taktiky léčby; 5- správnost léčby komplikací.

Adekvátnost jako přiměřenost uskutečněných diagnostických a léčebných opatření charakteru přítomného onemocnění a zdravotnímu stavu pacienta byla samostatně posuzována jenom v 1,8 % případů. Ve většině prozkoumaných

případů znalci řešili pouze otázky přítomnosti indikací k posuzované léčebné metodě pro konkrétního pacienta (v 25,5 % případů), nebo kontraindikací k provedení konkrétního léčebného zákroku (v 28,1 % případů). Kritérium správnosti bylo většinou používáno k posuzování dílčích skutečností (jednotlivých zákroků) v rámci procesu poskytování zdravotní péče (Obr. 8, 9). Někdy mělo jediné kritérium posuzování diagnosticko léčebného procesu různý obsah v závislosti na zaměření znaleckého posuzování.

Obr. 9. Frekvence použití kritéria správnosti v hodnocení diagnostických opatření dle znaleckých posudků (v procentech).



1 - správnost stanovené diagnózy; 2 - správnost jednotlivých diagnostických opatření; 3 - správnost vybrané diagnostické taktiky; 4 - správnost diagnostiky komplikací.

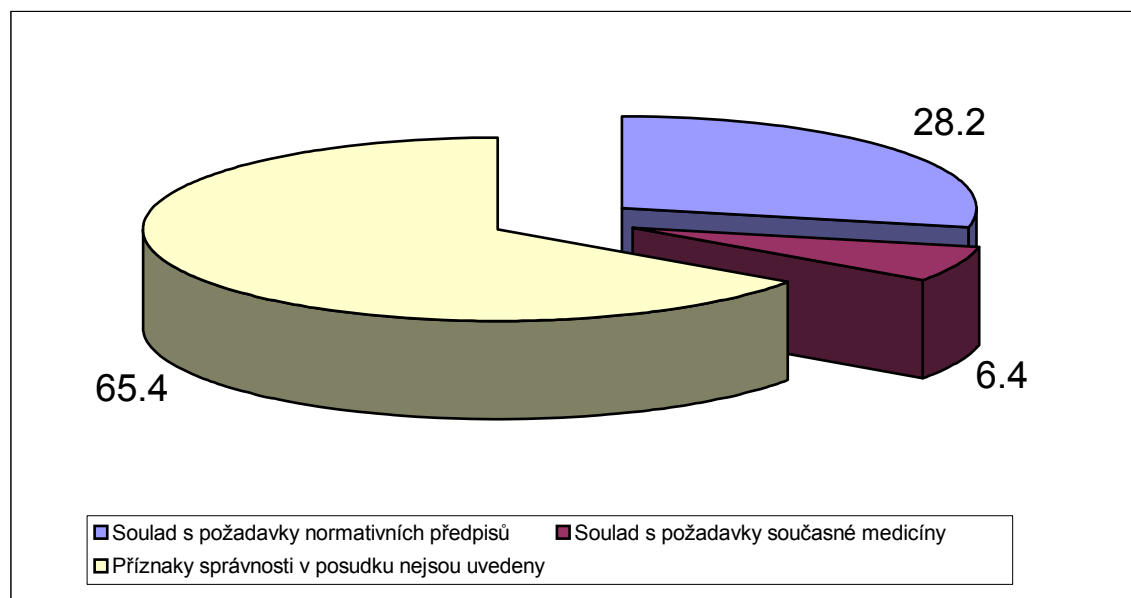
Z těchto důvodů je v rámci navrhované námi metodiky znalecké analýzy zapotřebí přesná definice obsahu jednotlivých kritérií a postupu jejich použití v hodnocení procesů, informace a výsledků diagnosticko léčebného procesu.

§ 4.2. Obsah kritérií analýzy diagnosticko-léčebného procesu

Provedený námi výzkum ukázal, že ve většině znaleckých posudků (65,4%) nebyl explicitně definován obsah kritéria správnosti diagnosticko léčebného procesu (obr. 10). **Kritérium správnosti** charakterizuje soulad činnosti se stanovenými pravidly její uskutečňování, totiž s normami a požadavky, které je zdravotnický pracovník povinen dodržovat. Tato pravidla jsou uvedena v různých

zdrojích, na základě čehož je možné vydělit jednotlivé části obsahu dotyčného kritéria.

Obr. 10. Definice obsahu kritéria správnosti diagnosticko-léčebného procesu ve znaleckých posudcích (v procentech).



První část tvoří soulad činnosti zdravotnického pracovníka s ustanoveními právních předpisů, což má zvláštní význam pro další právní kvalifikaci jednání subjektu v rámci trestněprávního řízení. Nedodržování legislativy při poskytování lékařské péče je důvodem pro právní kvalifikaci jednání subjektu jako protiprávních. Nicméně imperativní právní předpisy upravují pouze ty parametry činnosti zdravotnického pracovníka, které mají vztah k parametrům, vlastním všem pacientům určité kategorie. Podobné předpisy stanovují například pravidla podávání krevní transfúze, použití zdravotnických přístrojů – zdrojů zvláštního nebezpečí, uskutečňování kardiopulmonální resuscitace, aj.

Další částí kritéria správnosti je soulad analyzované činnosti s dispozitivními (doporučujícími) předpisy, standardy poskytování zdravotní péče, stanovenými doporučenými postupy, protokoly diagnostiky a léčby. Prohloubení technologické reglementace procesu poskytování zdravotní péče, její konkretizace na úrovni logické kategorie zvláštního určují doporučující charakter odpovídajících odborných norem. Odchylna jednání lékaře od těchto předpisů svědčí tedy pouze o podmíněné protiprávnosti, a tato jednání mohou být uznána za oprávněná za

určitých podmínek, které lze sjednotit v rámci pojmu “individuální vlastnosti konkrétního klinického případu”.

Je jisté, že řízení činnosti, vztahující se k jevům kategorie zvláštního, je možné jenom v určitých mezích. V rámci této kategorie jde o dialektickou jednotu normy (pravidla) s určitými podmínkami její aplikace. Lékař, řídící se podle kategorie zvláštního, může se setkat s reálnými podmínkami, které se podstatně liší od předem určených. Proto profesní jednání, ignorující jedinečné příznaky jevu z důvodu striktního dodržování předpisů, mohou být považována za správná pouze z formálního hlediska. Nebudou však odpovídat požadavkům stavu konkrétního pacienta ve skutečné klinické situaci.

Zejména pro řešení otázky oprávněnosti a opodstatněnosti odchylek v profesních jednáních lékaře od stanovených standardů, protokolů, doporučených postupů v konkrétní klinické situaci je zapotřebí využití třetí komponenty kritéria správnosti, totiž souladu s takzvaným postupem *lege artis*. Lékař se při poskytování zdravotní péče řídí nejenom formálními předpisy, ale především odbornými znalostmi, vědomostmi, názory, uznávanými mezi kolegy, na problémy diagnostiky a léčby jednotlivých diagnóz, jakož i vlastními praktickými zkušenostmi. Medicína není pouze technologií, vědou, ale i svého druhu uměním, vyžadujícím někdy tvůrčí nestandardní přístupy a řešení, odchylky od běžných postupů a algoritmů ve prospěch konkrétního pacienta, přidání lidského faktoru do “technologie” v podobě individuálních rozhodnutí, vnitřního přesvědčení a intuice. Právě ve schopnosti podchytit při poskytování zdravotní péče pacientovi to jedinečné, individuální, a modifikovat podle toho existující diagnostické a léčebné postupy k dosažení jejich maximální adekvátnosti spočívá náležitý charakter profesní činnosti, který se hodnotí jako postup *lege artis*.

V rámci znalecké analýzy procesu poskytování zdravotní péče obsah kritéria správnosti diagnostických a léčebných opatření definujeme jako soulad analyzovaných opatření s:

a) právními předpisy imperativního charakteru;

- b) odbornými předpisy dispozitivního (doporučujícího) charakteru;
- c) požadavky současné medicíny (postup *lege artis*).

Obsah kritéria správnosti je širší než obsah pojmu protiprávnosti. Současně je nutno poznamenat, že toto kritérium nelze úplně zbavit subjektivity, protože názor jednotlivých znalců na postup *lege artis* se může do určité míry lišit. Otázky, na které má vždy odpovědět znalec v rámci analýzy správnosti jednotlivých prvků diagnosticko-léčebného procesu, jsou uvedeny v tabulce 5.

Tabulka 5. Obsah kritéria správnosti diagnosticko-léčebného procesu.

Posouzení správnosti diagnostických opatření	Posouzení správnosti léčebných opatření
1. Odpovídají diagnostická opatření požadavkům předpisů imperativního charakteru upravujících poskytování zdravotní péče?	1. Odpovídají léčebná opatření požadavkům předpisů imperativního charakteru upravujících poskytování zdravotní péče?
2. Odpovídají diagnostická opatření požadavkům dispozitivních (doporučujících) odborných předpisů?	2. Odpovídají léčebná opatření požadavkům dispozitivních (doporučujících) odborných předpisů?
3. Odpovídají diagnostická opatření požadavkům současné medicíny k diagnostice daného onemocnění?	3. Odpovídají léčebná opatření požadavkům současné medicíny k léčbě daného onemocnění?
4. Odpovídají diagnostická opatření obecně uznávané klinické praxi?	4. Odpovídají léčebná opatření obecně uznávané klinické praxi?

Kritérium úplnosti diagnosticko-léčebného procesu, z našeho hlediska, má především teleologický výklad. Při posouzení úplnosti lékařských opatření (například úplnosti diagnostického programu) má znalec stanovit, jaký diagnostický či terapeutický cíl lékař sledoval (měl naplánovat), k jehož dosažení sloužila posuzovaná opatření. Pokud tento cíl nebyl dosažen, je nutno stanovit, mohl-li lékař jej dosáhnout uskutečněním dalších opatření. Pokud dosažení náležitého cíle i v tomto případě zůstává nízká, pak byla posuzovaná opatření úplná. Pokud by se pravděpodobnost dosažení cíle značně zvýšila za podmínky

realizace jiných opatření (předpokládaných znalcem), může tato skutečnost být důvodem pro hodnocení posuzovaných lékařských opatření jako neúplných.

Abychom definovali kritérium úplnosti diagnosticko-léčebného procesu pro účely znalecké analýzy, je zapotřebí nejprve stanovit význam charakteristik «úplný» a «neúplný». Jsou možné dvě varianty tohoto významu:

a) neúplný (úplný) ve srovnání s jakousi standardní veličinou, etalonem, normou (definice z pozice normativismu);

b) neúplný (úplný) pro dosažení cíle, realizaci náležitého (naplánovaného) výsledku (teleologická definice).

Kritérium úplnosti v první definici charakterizuje stupeň souladu posuzovaného procesu s jiným, předem zadaným (standardním, normálním), který je považován za úplný. V tomto případě je jasné, že podle svého významu kritérium úplnosti bude analogickým dříve analyzovanému kritériu správnosti. Nicméně, pokud je lékařská činnost ve své podstatě cíleně zaměřená, teleologický přístup k její analýze nemůže být vynechán ze spektra znaleckých nástrojů. Kromě toho, podstata znalecké analýzy spočívá v rozdělení zkoumané klinické situace na jednotlivé prvky s dalším jejich posuzováním na základě systému jasně definovaných jednotlivých kritérií s explicitním obsahem. Prolínání formálních hranic kritérií úplnosti a správnosti z metodologického hlediska nemá žádný přínos pro účely znalecké analýzy.

Z uvedených důvodů je zapotřebí přijmout teleologickou definici kritéria úplnosti. Toto znamená, že pro posouzení úplnosti procesu (diagnostického programu, léčebného opatření) znalec používá nikoli standard pro porovnávání (jak tomu je při posouzení správnosti), nýbrž náležitý cíl, který subjekt naplánoval (měl naplánovat) k dosažení realizací posuzovaného procesu. Tady jsou možné dvě varianty: buď naplánovaný cíl byl dosažen výsledkem realizace procesu, který je v tomto případě úplný, nebo požadovaný výsledek nebyl dosažen.

Bude vždy nedosažení požadovaného výsledku důsledkem neúplnosti procesu? Zřejmě nebude, protože pokud existuje možnost vzniku nepříznivého

výsledku onemocnění nezávisle na vůli a charakteru jednání zdravotnických pracovníků (například následkem zákonitého rozvoje onemocnění), pak musí existovat podmínky, za kterých naplánovaný cíl lékařských jednání nebude dosažen nezávisle na jejich úplnosti.

V případě nedosažení náležitého cíle je úkolem znalce zjistit, zda realizace jiných (dodatečných) opatření lékařem v posuzované klinické situaci podstatně by zvýšila pravděpodobnost jeho dosažení. Pokud by tato pravděpodobnost i za podmínky realizace dodatečných opatření v rámci posuzovaného procesu zůstala nízká, pak není důvod hodnotit tento proces jako neúplný.

Teď prozkoumáme případ, kdy pravděpodobnost dosažení náležitého výsledku se v značné míře zvyšuje za podmínky realizace znalcem navrhovaných dodatečných opatření. Je tato skutečnost dostatečným podkladem pro hodnocení procesu jako neúplného? Jedním z požadavků logické analýzy na úrovni kategorie jedinečného je nezbytnost zkoumání situačních podmínek uskutečňování diagnosticko-léčebného procesu. Tyto podmínky mohou ovlivňovat možnost pro zdravotnického pracovníka uskutečnit dodatečná opatření, která by z hlediska znalce zvýšila pravděpodobnost dosažení výsledku.

Pokud lékař měl skutečnou možnost realizace dodatečných opatření, ale nevyužil ji, proces lze kvalifikovat jako neúplný. Jestliže daná možnost chyběla, je nutno zjistit příčinu její nepřítomnosti. Podobnou příčinou se mohou stát například individuální vlastnosti organismu pacienta (kontraindikace k provedení diagnostického vyšetření, alergie, atd.), materiálně technické zabezpečení zdravotnického zařízení (absence potřebného zdravotnického přístroje), nedostatečný čas pro uskutečnění diagnostického vyšetření v plném rozsahu (akutní stav ohrožující život, atd.). Na druhé straně však zdravotnický pracovník může vlastním zaviněním přijít o možnost realizace nezbytného procesu (odmítnutí hospitalizovat pacienta, jeho předčasné propuštění z nemocnice, aj.). Z toho vyplývá, že analýza charakteru příčiny neuskutečnění dodatečných opatření v rámci analyzovaného procesu je podstatným prvkem posuzování jeho úplnosti.

Otázky, na které má odpovědět znalec v rámci posuzování úplnosti diagnosticko-léčebného procesu, jsou uvedeny v tabulce 6. V námi prozkoumaných znaleckých posudcích byla otázka úplnosti poskytované zdravotní péče zodpovězena pouze v 27,3% posudků.

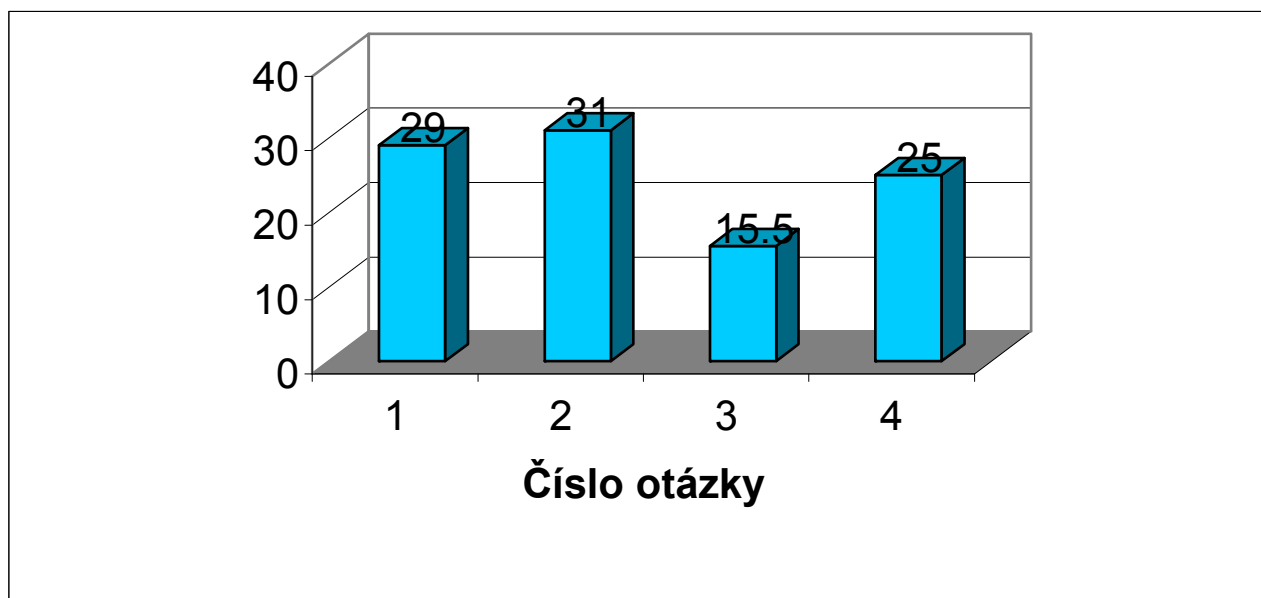
Tabulka 6. Obsah kritéria úplnosti diagnosticko-léčebného procesu.

Byla diagnostická opatření při poskytování zdravotní péče úplná?	Byla léčebná opatření při poskytování zdravotní péče úplná?
1. Byl dosažen naplánovaný cíl (řešeny úkoly) prostřednictvím uskutečnění posuzovaných diagnostických opatření?	1. Byl dosažen naplánovaný cíl (řešeny úkoly) prostřednictvím uskutečnění posuzovaných léčebných opatření?
2. Mohl (měl reálnou možnost) zdravotnický pracovník dosáhnout naplánovaného cíle v případě uskutečnění dodatečných opatření?	2. Mohl (měl reálnou možnost) zdravotnický pracovník dosáhnout naplánovaného cíle v případě uskutečnění dodatečných opatření?
3. Která dodatečná opatření byla nutná k dosažení naplánovaného cíle v rámci analyzovaného diagnostického programu?	3. Která dodatečná opatření byla nutná k dosažení naplánovaného cíle v rámci analyzovaného plánu léčby?
4. Jaká by byla pravděpodobnost dosažení náležitého výsledku v případě uskutečnění dodatečných opatření v rámci analyzovaného diagnostického programu?	4. Jaká by byla pravděpodobnost dosažení náležitého výsledku v případě uskutečnění dodatečných opatření v rámci analyzovaného plánu léčby?
5. Mohl (měl reálnou možnost) zdravotnický pracovník uskutečnit potřebná dodatečná opatření v konkrétní klinické situaci?	5. Mohl (měl reálnou možnost) zdravotnický pracovník uskutečnit potřebná dodatečná opatření v konkrétní klinické situaci?
6. Jaké byly příčiny neuskutečnění potřebných dodatečných diagnostických opatření lékařem v konkrétní klinické situaci?	6. Jaké byly příčiny neuskutečnění potřebných dodatečných léčebných opatření lékařem v konkrétní klinické situaci?

Protože obsah tohoto kritéria nebyl v posudcích definován, nebyly uvedeny informace ohledně možnosti pro lékaře uskutečnit analyzovaný proces v plném rozsahu, nebyly posuzovány pravděpodobnost dosažení náležitého výsledku a charakter souvislosti mezi neúplností procesu a situačními podmínkami případu

(obr. 11). Tedy můžeme uvést, že posouzení diagnosticko-léčebného procesu bez náležitého posuzování jeho úplnosti nevyhovuje požadavkům znalecké analýzy.

Obr. 11. Frekvence výskytu otázek ohledně úplnosti diagnosticko-léčebného procesu ve znaleckých posudcích (v %).



1. Byla diagnostická vyšetření uskutečněna v plném rozsahu?
2. Byla léčebná opatření uskutečněna v plném rozsahu?
3. Čím se dá vysvětlit neúplnost uskutečněných diagnostických (léčebných) opatření?
4. Která další opatření byla zapotřebí v diagnostice (léčbě) přítomného onemocnění?

Kritérium včasnosti. Posouzení včasnosti lékařských opatření je bezprostředně spojeno s analýzou diagnostické informace významné pro rozhodnutí o charakteru realizace dotyčných opatření (době začátku, délce trvání, aj.). Důležité je stanovení skutečnosti, zda tato informace samotná měla včasný character, tedy zda byla optimální pro realizaci na ní závislých terapeutických opatření.

V rámci analýzy obsahu kritéria včasnosti diagnostických a léčebných opatření při poskytování lékařské péče je nutné především jasně definovat pojem včasnosti. Organismus pacienta trpícího onemocněním představuje otevřený systém dynamicky se rozvíjející v čase. Průběh patologického procesu v čase lze posuzovat jako souhrnný vektor skládající se z jednotlivých prvků, článků patogenetického řetězce, vznikajících, rozvíjejících se a mizejících v rámci rozvoje

onemocnění. Lékařský zásah do průběhu onemocnění obecně spočívá v zaměřeném působení na jeho patogenetické prvky za účelem dosažení příznivého výsledku léčby.

Jednotlivá lékařská opatření jsou zaměřená na ty prvky patologického procesu, o kterých lékař má náležitou informaci. Jedna z funkcí informace v systému je signální, tedy spouštěcí uskutečňování určitých procesů, v daném případě konkrétních léčebných zákroků. Připadá vždy výskyt informačního signálu v systému přesně na moment začátku, změny nebo ukončení patologického procesu? Zřejmě tomu tak není. Některé klinické symptomy se objevují současně se začátkem patologického stavu (například symptom výdechové dušnosti při záchvatu astma bronchiale), jiné symptomy jsou považovány za prodromy (symptomy “aury”). Avšak mnohé příznaky vznikají a jsou proto vnímány lékařem s určitým zpožděním (například při epidurálním krvácení).

Z hlediska procesního přístupu v systému “lékař – pacient” je triggerem pro spuštění činnosti informace, s jejíž výskytem v systému a možností vnímání a interpretace subjektem je nutno spojovat posouzení včasnosti analyzované činnosti, tedy lékařského zákroku (schéma 8).

Schéma 8. Dvoudimenzní matice včasnosti analyzovaného procesu.

		INFORMACE	
		VČASNÁ	NEVČASNÁ
PROCES	ODPOVÍ DÁ	+	-
	NEODPO VIDÁ	-	+

První etapa analýzy včasnosti lékařských opatření spočívá v řešení otázky: odpovídá doba realizace posuzovaného lékařského zákroku času výskytu náležité

diagnostické informace? Za náležitý charakter v tomto případě považujeme včasnost informace samotné pro realizaci založených na ní potřebných diagnostických a léčebných opatření. Jen lékařský zákrok uskutečněný na základě včasné diagnostické informace bude mít včasný charakter.

Posouzení příčin nevčasnosti informace má tedy samostatný význam jako závěrečná etapa v rámci znalecké analýzy včasnosti lékařských opatření. Na jedné straně mohou vlastnosti klinického průběhu onemocnění (fulminantní nebo atypické formy), individuální vlastnosti organismu pacienta (areaktivita, opilost, vysoký práh citlivosti) nebo diagnostické metody (délka zjišťování citlivosti původce infekčního onemocnění k antibiotikům) ovlivnit její časový charakter. Na druhé straně, příčinou může být zpoždění v provedení potřebných diagnostických vyšetření.

Kritérium adekvátnosti. Adekvátnost je přiměřenost lékařských opatření zdravotnímu stavu konkrétního pacienta vzhledem k individuálním vlastnostem jeho organismu a charakteru průběhu patologického procesu. Toto kritérium umožňuje posuzování diagnosticko léčebného procesu s ohledem na fenomény kategorie jedinečného. Zdravotní stav pacienta se dynamicky rozvíje v souladu jak se zákonitostmi patogeneze onemocnění, tak i s charakterem vnějších působení, zejména lékařského zásahu. Adekvátní lékařská opatření jsou opatření odpovídající zdravotnímu stavu pacienta za konkrétní situace (čas, informace, aj.). Tedy adekvátní opatření jsou opatření odpovídající charakteru, rozsahu a obsahu diagnostické informace ohledně zdravotního stavu pacienta dostupné lékaři v konkrétní klinické situaci (v určitém časovém období).

Je důležité určit vzájemný vztah kritérií správnosti a adekvátnosti diagnostického nebo léčebného opatření. Metodou dvoudimenzní matice lze definovat čtyři možné kombinace uvedených kritérií (schéma 9). První variantou je kombinace správnosti a adekvátnosti, která je možná v případě, kdy:

a) uskutečněná opatření byla v souladu s odbornými předpisy imperativního a doporučujícího charakteru;

b) zdravotní stav pacienta a charakter průběhu onemocnění odpovídaly „klasickému“ klinickému obrazu, pro něhož jsou optimální standardní postupy, vyložené v odborných předpisech a literatuře.

Schéma 9. Dvoudimenzní matice správnosti-adekvátnosti procesu.

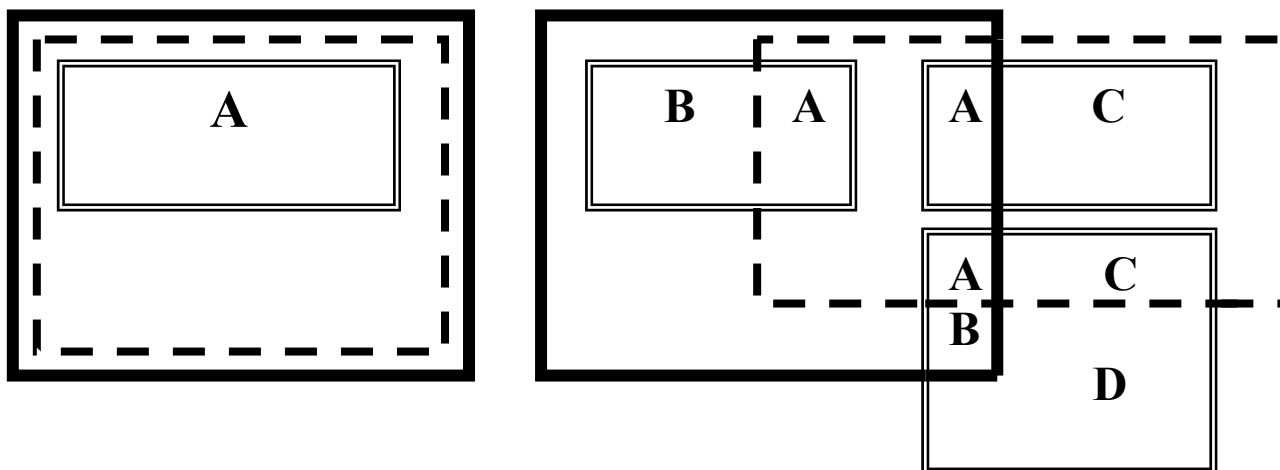
		SPRÁVNOST	
		SPRÁVNÝ	NESPRÁVNÝ
ADEKVÁTNOST	ADEKVÁTNÍ	SPRÁVNÝ ADEKVÁTNÍ	NESPRÁVNÝ ADEKVÁTNÍ
	NEADEKVÁTNÍ	SPRÁVNÝ NEADEKVÁTNÍ	NESPRÁVNÝ NEADEKVÁTNÍ

Druhou variantou je neadekvátnost formálně správných lékařských opatření. Podobná varianta může být přítomna v případě podstatných individuálních vlastností organismu pacienta nebo formy onemocnění (kombinace několika diagnóz, aj.) značně překračujících rámec „klasického“ klinického obrazu. V této situaci striktní dodržování standardních postupů a nepřítomnost potřebných korektiv („odchylek“) zaměřených na dosažení přiměřenosti poskytované zdravotní péče stavu pacienta v konkrétní klinické situaci může vést k neadekvátnosti lékařského postupu při formální správnosti jeho, což se stává v praxi zejména mladých doktorů s nedostatečnými vlastními praktickými zkušenostmi (schéma 10).

Třetí varianta uvedená v matici charakterizuje situace, kdy formálně nesprávná lékařská opatření neodpovídající standardním postupům jsou však uskutečněna s ohledem na zdravotní stav pacienta a vlastnosti patologického procesu v konkrétní klinické situaci, tedy jsou adekvátní tomuto stavu. Příkladem může být níže uvedená klinická situace, ve které lékař vyloučil z urgentního

diagnostického programu standardní vyšetření vzhledem k charakteru patologického procesu.

Schéma 10. Možné kombinace kritérií správnosti a adekvátnosti diagnostických a léčebných opatření.



Nepřerušovaná čára – přípustné hranice formální správnosti diagnostických a léčebných opatření; čárkovaná čára - přípustné hranice adekvátnosti diagnostických a léčebných opatření; dvojitá čára – rozsah fakticky uskutečněných diagnostických a léčebných opatření. A – oblast formálně správných a adekvátních diagnostických a léčebných opatření; B - oblast formálně správných a neadekvátních diagnostických a léčebných opatření; C - oblast formálně nesprávných a adekvátních diagnostických a léčebných opatření; D - oblast formálně nesprávných a neadekvátních diagnostických a léčebných opatření.

Námi byla prozkoumána následující klinická situace dle materiálů jednoho ze soudních případů. Na oddělení urologie byl urgentně hospitalizován 47-letý pacient s předběžnou diagnózou akutní exacerbace chronické kalkulózní pyelonefritidy. V klinickém obrazu onemocnění na pozadí bolesti v bederní krajině, dysurie, febrilií a mírné leukocytózy byla přítomna výrazná abdominální symptomatika: bolest a svalové napětí v epigastriu a laterálních oddílech břicha, pozitivní symptomy dráždění peritonea, zástava odchodu stolice a plynů více než 24 hodin, nauzea a zvracení. Vzhledem k popsanému klinickému obrazu a anamnestickým údajům (endoskopický zákrok – kontaktní litotrypsie konkrémentu v dolní třetině levého močovodu před třemi dny, která dle literárních údajů může být v 1% případů komplikována přetržením močovodu s rozvojem

akutní urogenitní peritonitidy) ošetřující urolog modifikoval program diagnostického vyšetření pro pacienty s podezřením na akutní pyelonefritidu.

Na rozdíl od standardního diagnostického postupu na první místo lékař zařadil vyšetření cílená na diagnostiku akutní peritonitidy (RTG břicha, ultrasonografie břicha, retroperitoneální oblasti a malé pánve, a chirurgické konzilium). Exkreční urografie, tedy standardní vyšetření pro diagnostiku akutní pyelonefritidy, byla odložena o 24 hodin do vyřešení otázky přítomnosti akutní peritonitidy. Vzhledem k nutnosti dodržování principu prvořadě diagnostiky onemocnění, nebezpečnějšího pro život pacienta a vyžadujícího urgentní opatření (operace do 6-8 hodin od začátku onemocnění, zatímco při akutní pyelonefritidě - v průběhu 24 hodin) je opodstatněný závěr znalce o adekvátnosti modifikovaného diagnostického programu, tedy jeho přiměřenosti zdravotnímu stavu pacienta, nezávisle na tom, zda byla potvrzena nebo vyloučena diagnóza akutní peritonitidy (u dotyčného pacienta diagnóza byla potvrzena chirurgem při operačním zákroku). V tomto případě formálně nesprávná diagnostická opatření (nedodržování standardního diagnostického postupu u pacienta s podezřením na akutní pyelonefritidu), nicméně přiměřená (adekvátní) zdravotnímu stavu pacienta a klinické symptomatice v době jejich realizace, umožnila dosažení pozitivního výsledku (včasné řešení diagnostických a léčebných úkolů).

Konečně poslední varianta analyzované matice zahrnuje možné klinické situace, kdy diagnostická a léčebná opatření zdravotnických pracovníků nejsou v souladu ani s požadavky odborných předpisů a standardními postupy, ani neodpovídají zdravotnímu stavu pacienta v konkrétní klinické situaci jsou současně nesprávná a neadekvátní.

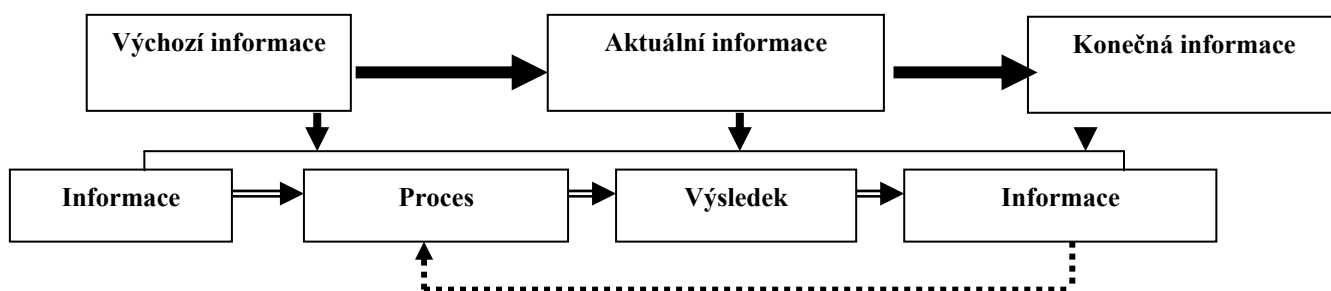
§ 4.3. Informační analýza diagnosticko-léčebného procesu.

V definici kritérií znalecké analýzy diagnosticko-léčebného procesu podstatný význam má pojem náležitě informace. V rámci procesního přístupu je souhrn diagnostické informace, se kterým pracuje lékař při poskytování zdravotní péče, rozdělen na tři součásti: výchozí, průběžná (aktuální) a konečná informace.

Výchozí informace určuje časové a skutkové parametry základních procesů v systému, čímž pak ovlivňuje charakter mezních výsledků a pattern dalšího fungování celého systému. Podmínky, za nichž tato výchozí informace je vnímána a interpretována lékařem, mohou podstatně ovlivňovat výběr parametrů jednotlivých procesů prostřednictvím vytvoření určitého kontextu v době její vnímání. Charakter průběžné (aktuální) informace je tedy určen výchozí informací a kontextem její vnímání, parametry procesů získávání této informace a jejich výsledky, jakož i situačními podmínkami fungování systému. Obsah konečné informace je mimo jiné určen parametry konečných výsledků a procesů, jejichž prostřednictvím tyto výsledky jsou dosahovány (schéma 11).

Jestli procesní přístup k analýze charakteru zdravotní péče spočívá v rozdělování na jednotlivé prvky komplexu diagnostických a léčebných opatření uskutečňovaných v rámci posuzovaného případu a hodnocení každého prvku (procesu) v souladu s určitými kritérii, pak informační analýza v jeho rámci spočívá v rozdělování na jednotlivé součásti (informační bloky) celého rozsahu diagnostické informace získané lékařem ve zkoumané klinické situaci s následujícím samostatným posuzováním každé z nich a zjišťováním vztahů a souvislostí mezi nimi.

Schéma 11. Informační řetězec diagnosticko-léčebného procesu.



V rámci informační analýzy je z našeho hlediska zapotřebí použití následujících kritérií posuzování diagnostické informace:

- a) věrohodnost informace – kvalitativní kritérium;
- b) úplnost (dostatečnost) informace – kvantitativní kritérium;
- c) včasnost informace – časové kritérium;

d) adekvátnost informace – kritérium přiměřenosti.

Věrohodnost informace záleží mimo jiné na metodě, jejímž prostřednictvím tato informace byla získána. Stanovení věrohodnosti informace, získané použitím určité diagnostické metody, uskutečňuje se na základě posouzení údajů ohledně citlivosti a specificity této metody. Důležité je zjištění možných chyb a vad při její provedení, jakož i způsobů potvrzení získané informace jinými metodami diagnostiky. Jednou z charakteristik zkoumaných v rámci posuzování věrohodnosti údajů je jejich zdroj. Je známo, že určité klinické symptomy způsobuje bezprostředně samo onemocnění (například rentgenové známky karcinomu plic). Jiné klinické příznaky mohou vznikat v důsledku celkových nespecifických reakcí organismu na patologický proces (například dysproteinémie při zhoubných novotvarech, aj.) Konečně některé symptomy mohou být důsledkem rozvoje na pozadí základního onemocnění vedlejšího (nebo druhotného) patologického procesu. Proto posouzení věrohodnosti informace musí zahrnovat posouzení výpovední hodnoty diagnostické metody, správnosti diagnostického postupu, souladu obsahu získané informace s informacemi z jiných zdrojů (jiných diagnostických metod) a původu.

Úplnost (dostatečnost) informace jako kvantitativní charakteristika je určena komplexem faktorů tvořících kontext, v němž tato informace byla vnímána. Absence standardu úplnosti informačního zabezpečení jednotlivých klinických situací, praktická nedosažitelnost absolutní znalosti o charakteru patologického procesu v organismu pacienta v průběhu léčby, různý význam stejné diagnostické informace v různých klinických podmínkách svědčí o nutnosti využití teleologického přístupu k posuzování úplnosti diagnostické informace. V daném případě teleologický přístup spočívá v posuzování dostatečnosti údajů přístupných pro zdravotnického pracovníka v určité klinické situaci pro adekvátní rozhodnutí o vhodném dalším léčebném nebo diagnostickém postupu.

Postup posuzování dostatečnosti je do určité míry subjektivní, protože v její základě velkou roli hrají osobní klinické zkušenosti znalce, které jsou značně

individuální. Za účelem zvýšení objektivity je v tomto případě možno použít následující soubor otázek, na nichž znalec má odpovědět:

a) jaké klinické příznaky (symptomy) určovaly indikaci ke vhodnému léčebnému (diagnostickému) postupu (opatření)?

b) jaká byla diagnostická hodnota dotyčných příznaků (symptomů)?

c) odpovídalo hodnocení dotyčných příznaků (symptomů) lékařem v posuzované době jejich skutečnému významu?

d) jaké diagnostické informace významné pro rozhodnutí o uskutečnění vhodných léčebných (diagnostických) opatření chyběly lékaři v posuzované době?

e) měl lékař reálnou možnost získat chybějící diagnostické informace v posuzované době? Pokud ne, z jakých příčin?

i) měl lékař reálnou možnost učinit rozhodnutí o uskutečnění vhodných léčebných (diagnostických) opatření za nepřítomnosti této informace? Pokud ne, z jakých příčin?

Na základě odpovědí na uvedený seznam otázek je znalec schopen učinit sérii následujících závěrů:

a) komplex informací v posuzované klinické situaci (v určitém časovém intervalu) umožňoval (byl dostatečný)/ neumožňoval (nebyl dostatečný) pro náležité rozhodnutí o uskutečnění vhodných léčebných (diagnostických) opatření;

b) v posuzované klinické situaci chyběly (byly přítomny k dispozici zdravotnického pracovníka) diagnostické informace významné pro náležité rozhodnutí o uskutečnění vhodných léčebných (diagnostických) opatření;

c) zdravotnický pracovník měl reálnou možnost získat chybějící diagnostické informace v posuzované době (neměl možnost z důvodů nezávislých na jeho vůli).

Včasnost informace je kritériem charakterizujícím možnost jejího vnímání a interpretace v době, kdy léčebná opatření závislá na této informace jsou optimální z časového hlediska. Příčiny nečasnosti diagnostické informace mohou spočívat

v nevčasnosti procesů, jejichž výsledkem je získání této informace. Jsou možné jiné situace, kde nevčasnost diagnostické informace není v souvislosti s charakterem jednání lékaře (například fulminantní průběh onemocnění, nebo opožděná první návštěva lékaře pacientem). V podobných případech opatření lékaře na základě nevčasné informace také budou mít nevčasný charakter, avšak právní kvalifikace těchto jednání bude odlišná.

Adekvátnost informace je kritériem odrážejícím její přiměřenost konkrétní klinické situace a charakteru úkolů k řešení lékařem v rámci (za podmínek) této situaci. Tedy při posuzování adekvátnosti diagnostické informace je zapotřebí analyzovat následující prvky:

a) nepřítomnost podstatných rozporů v obsahu informace, totiž údaje získané různými způsoby se mají navzájem doplňovat a tvořit celistvý obraz klinického průběhu přítomného onemocnění. Přítomnost nevysvětlitelných v rámci posuzované klinické situace rozporů svědčí o neadekvátnosti diagnostické informace, a tedy nemožnosti učinění na její základě náležitých rozhodnutí o vhodném léčebném postupu;

b) přítomnost u subjektu potřebných prostředků a reálné možnosti ke včasnému získání diagnostické informace potřebné pro dospívání k náležitému rozhodnutí o uskutečnění vhodných léčebných (diagnostických) opatření v posuzované klinické situaci (příznak přístupnosti informace);

c) vnímaný lékařem informační signál musí připouštět možnost jednoznačné nebo aspoň přednostní interpretace, tedy diagnostická informace připouštějící rozličné výklady a možnost realizace na její základě různě zaměřených opatření nemůže být považována za adekvátní;

d) informační signál má odpovídat dle své přírody a vlastností (délky, intenzity, úrovně šumu) parametrům procesu, prostřednictvím jehož tento signál je registrován a interpretován. Například sick sinus syndrom je velmi těžce diagnostikovat v ambulantních podmínkách vzhledem k nepřiměřenosti délky informačního signálu délce trvání a frekvenci elektrokardiografických vyšetření,

totiž pro stanovení správné diagnózy je nutný kardiomonitoring za podmínek specializovaného lůžkového oddělení.

Diagnostická informace může být považována za adekvátní, pokud není rozporuplná, je přístupná pro lékaře za existujících podmínek, reprezentativní, připouštějící možnost její jednoznačné interpretace a odpovídající parametrům metodiky, jejíž prostřednictvím je registrována a interpretována.

Na závěr charakteristiky kritérií procesní a informační analýzy je zapotřebí poznamenat, že tradiční rozdělení procesu poskytování zdravotní péče na diagnostická a léčebná opatření zachovává určitý význam pro účely znaleckého posouzení kvality zdravotní péče. Analytické zkoumání jednotlivých diagnostických a léčebných opatření v rámci procesní analýzy, jakož i informační analýzu diagnostických údajů, je účelné uskutečňovat s ohledem na konkrétní podmínky a úkoly každé jednotlivé etapy diagnostiky a léčení. Úkoly určující zaměřenost a účinnost diagnostických opatření na etapě předběžné diagnózy se značně liší například od úkolů na etapě stanovení klinické diagnózy. Podmínky, za nichž se uskutečňuje léčebný zásah v urgentní život ohrožující situaci, určují jiné požadavky k lékařskému postupu v porovnání s podmínkami situace plánované hospitalizace pacienta se známou klinickou diagnózou.

Hodnocení výsledků uskutečnění jednotlivých procesů (diagnostických a léčebných opatření) se nachází v přímé souvislosti s charakterem úkolů, které má řešit zdravotnický pracovník na každé jednotlivé etapě poskytování zdravotní péče, a s konkrétními situačními podmínkami její poskytování. Po ukončení procesní analýzy souhrnu diagnostických a léčebných opatření za použití kritérií správnosti, úplnosti, včasnosti a adekvátnosti, po posouzení charakteru diagnostické informace, kterou lékař získal (nebo měl reálnou možnost získat), je zapotřebí přejít k následující etapě znalecké analýzy, totiž k posuzování výsledků diagnosticko-léčebného procesu a charakteru souvislosti mezi jednotlivými prvky analyzované klinické situace a újmou na zdraví (úmrťm) pacienta, totiž nepříznivým výsledkem.

KAPITOLA 5. ZNALECKÁ ANALÝZA VÝSLEDKŮ DIAGNOSTICKO-LÉČEBNÉHO PROCESU A PŘÍZNAKŮ PŘÍČINNÉ SOUVISLOSTI

§ 5.1. Znalecká analýza výsledků diagnosticko-léčebného procesu.

Otázka příčiny nepříznivého výsledku léčby a souvislosti jednání lékaře s tímto výsledkem je jednou ze základních otázek v rámci soudních případů spojených s nedodržením profesních povinností zdravotnickými pracovníky a s nepříznivým výsledkem léčby. Nicméně znalecká analýza příčinné souvislosti představuje značný problém jak z teoretického, tak i z praktického hlediska.

Především je zapotřebí určit, zda kvalifikace jednání lékaře jako příčiny a újmy na zdraví jako následku patří do odborné kompetence znalců. Příčinná souvislost mezi protiprávním jednáním a nepříznivými (společensky nebezpečnými) následky je jedním z prvků skutkové podstaty deliktu (trestního činu), konkrétněji jeho objektivní stránky. Stanovení přítomnosti nebo nepřítomnosti skutkové podstaty, určování všech jejích prvků patří do kompetence soudů a orgánů činných v trestním řízení. Podle našeho názoru v případě stanovení příčinné souvislosti se jedná zejména o právní otázku, tedy kompetence znalců v této oblasti musí být omezena na zjištění skutečností odborného charakteru. To znamená, že do kompetence znalců patří řešení následujících speciálních úkolů:

a) stanovení bezprostřední (takzvané “biologické”) příčiny smrti (nepříznivého výsledku onemocnění), tedy toho patologického stavu, který zákonitě a bezprostředně způsobil úmrtí pacienta (nebo jiný nepříznivý výsledek);

b) stanovení přítomnosti nebo nepřítomnosti příznaků, na jejichž základě ve spojení s informacemi z jiných důkazních zdrojů kompetentní orgány jsou schopni učinit náležitý závěr o charakteru souvislosti mezi jednáním zdravotnického pracovníka a nepříznivým výsledkem léčby.

Dotazy orgánů vyžadujících znalecký posudek ohledně přítomnosti příčinné souvislosti mezi poskytnutou zdravotní péčí a nepříznivým výsledkem onemocnění tvořily podstatnou součást obsahu souborů otázek pro znalce a

znaleckých posudků, které jsme studovali, i když se jejich formulace značně lišily (tab. 7).

Tabulka 7. Otázky ohledně příčinné souvislosti ve znaleckých posudcích.

Č.p.	Formulace otázky ve znaleckém úkolu	V %
1.	Otázky ohledně příčiny nepříznivého výsledku	45,4
1.1.	Jaká byla příčina nepříznivého výsledku (úmrtí)?	28,2
1.2.	Co bylo příčinou komplikace onemocnění (zároku)?	10,9
1.3.	Jaká byla hlavní příčina nepříznivého výsledku?	2,7
1.4.	Jaká byla bezprostřední příčina nepříznivého výsledku?	1,8
1.5.	Které faktory byly příčinou nepříznivého výsledku?	0,9
1.6.	Byly přítomny vedlejší příčiny nepříznivého výsledku?	0,9
2.	Otázky ohledně možnosti zabránit nepříznivému výsledku onemocnění	11,8
2.1.	Existovala možnost zabránit nepříznivému výsledku onemocnění?	11,8
3.	Otázky na přímou příčinnou souvislost mezi lékařským zákrokem a nepříznivým výsledkem (* - v některých znaleckých posudcích se vyskytlo více otázek)	142*
3.1.	Byla přítomna příčinná souvislost mezi jednáními zdravotnických pracovníků a nepříznivým výsledkem?	50,0
3.2.	Mohla léčba způsobit zhoršení zdravotního stavu (úmrtí) pacienta?	26,4
3.3.	Jaké byly důsledky stanovení nesprávné diagnózy (nesprávné diagnostiky)?	24,5
3.4.	Jaké byly důsledky nesprávných léčebných zákroků?	21,8
3.5.	Co bylo podstatnější pro nepříznivý výsledek, charakter a průběh onemocnění nebo nesprávná lékařská opatření?	19,1
4.	Otázky ohledně podmínek působících na výsledek onemocnění	22,7
4.1.	Čím byl podmíněn (co mohlo ovlivnit) nepříznivý výsledek ?	12,7
4.2.	Jaký vliv měl charakter jednání pacienta na výsledek onemocnění?	10,0
5.	Otázky ohledně účinnosti jednotlivých lékařských opatření v rámci poskytované zdravotní péče	0,9
5.1.	Jak byla účinná jednotlivá lékařská opatření k zabránění nepříznivého výsledku onemocnění?	0,9

Právě jednoznačné pojetí příčiny a příčinné souvislosti nebylo přítomno ani ve znaleckých úkolech, ani v odpovědích znalců, které jsme posuzovali: vyskytly se například formulace «hlavní příčina», «vedlejší příčina» charakteristické pro multikauzální výklad příčinné souvislosti. Jinde se za příčinu považuje vliv několika faktorů, což je vlastní pro kondicionální výklad pojmu.

V rámci zkoumání obsahu znaleckých posudků byly v řadě z nich zjištěny příznaky určité nejistoty znalců v odpovědích na příčinnou souvislost mezi posuzovanými skutečnostmi a nepříznivým výsledkem onemocnění, což se projevovalo v nepřesných, neúplných nebo nejednoznačných formulacích závěrů. Například závěr, že „příčinou úmrtí pacientky bylo krvácení z operační rány v průběhu osteotomie lící, nosních kostí a alveolárního výběžku dolní čelisti vlevo“. Vzniká tedy dojem, že každé krvácení při operaci v maxilofaciální oblasti zákonitě způsobuje úmrtí pacienta. V závěrech nebyl popsán charakter souvislosti úmrtí v důsledku akutního krvácení v průběhu operace a včasné nedagnostikované a nekompenzované těžké koagulopatie, ani důvody, proč chirurg nevyužil zde indikované metody podvázání arteria carotis externa pro účinné a rychlé zastavení masivního a život ohrožujícího krvácení.

V jiném posudku zněl znalecký závěr: „Úmrtí pacientky bylo následkem diabetes mellitus komplikovaného diabetickým kómatem. Na vzniku nepříznivého výsledku se spolupodílely absces vaječníku, jenž vedl k rozvoji hnisavé peritonitidy, pak zátěž způsobená operačním zákrokem samotným a nedostatečná léčba diabetu“. Přitom ve znaleckém rozboru ani v závěrech není pro právníky patřičně analyzován a objasňován mechanismus dotyčného „spolupodílení se“, totiž charakter souvislosti mezi uvedenými podstatnými skutečnostmi a nepříznivým výsledkem léčby.

Odpovědi znalců na dotaz na možnost zabránit nepříznivému výsledku relativně často obsahovaly úsudky pravděpodobnostního charakteru, například «možnost zabránění byla pochybná», «nepříznivému výsledku bylo možné zabránit podmíněně», «dlouhodobá prognóza v případě včasné kvalifikované

zdravotní péče mohla být příznivá», «včasná a správná zdravotní péče by pravděpodobně zachránila život nemocnému». Dotazy na to, co bylo podstatnější pro nepříznivý výsledek, tedy charakter a průběh onemocnění nebo nesprávná lékařská opatření, nelze považovat za vyhovující účelům znalecké analýzy, protože nepřináší jistotu ani do pojmového aparátu, ani do obsahu znaleckých závěrů. Vzhledem k nejasnosti a nepřesnosti pojmu „podstatnější prvek pro nepříznivý výsledek onemocnění“ odpovědi znalců na podobné dotazy také nebyly jednoznačné, například: «podstatnější pro nepříznivý výsledek byla závažnost onemocnění, rychlost jeho rozvoje a nedostatečně účinná léčba“ (nebo „a výše uvedené defekty zdravotní péče“).

Otázky znaleckých úkolů ohledně charakteru souvislosti mezi nepříznivým výsledkem onemocnění a jinými okolnostmi mimo jednání zdravotnických pracovníků (charakterem základního a vedlejších onemocnění, podmínkami poskytování zdravotní péče, situačními faktory, aj.) ani dle svého počtu, ani dle svého obsahu neumožnily plnohodnotnou analýzu příznaků této souvislosti. Ve většině znaleckých úkolů podobné otázky buď nebyly přítomny, nebo byly zastoupeny jenom jednou až dvěma otázkami obecného charakteru, například „čím byl podmíněn nepříznivý výsledek“, nebo „co mohlo způsobit nepříznivý výsledek“. Na závěr našeho rozboru charakteristiky studovaných otázek znaleckých úkolů týkajících se příčinné souvislosti je třeba uvést, že odpovědi na některé otázky položené orgány činnými v trestním řízení překračovaly rámec odborné kompetence znalce.

Jak bylo výše uvedeno, v rámci znalecké analýzy v rámci soudních případů znalec by měl zkoumat pouze příznaky příčinné souvislosti odborného (medicínského) charakteru, na jejichž základě osoba bez odborných znalostí v medicíně by měla být schopna učinit jednoznačný závěr o přítomnosti nebo absenci příčinné souvislosti mezi jednáním podezřelého (obviněného) a újmou na zdraví (úmrtním) pacienta. Zjišťování těchto speciálních příznaků je velmi obtížným úkolem vzhledem k nepřítomnosti stanovených metodik, obecně

uznávaných postupů pro jejich posuzování. Problém spočívá mimo jiné v nepřítomnosti definicí kategorií příčiny, následku a příčinné souvislosti, obecně uznávaných ve filozofii a v právní vědě.

Z našeho hlediska, v rámci znalecké analýzy je třeba především rozdělit obsah takových pojmů jako výsledek a následek realizace procesu (tabulka 8). Posuzování následku předpokládá zejména odpověď na otázku “proč?”, totiž kauzální objasnění, stanovení vztahu příčinnosti s určitým jevem či skupinou jevů uvnitř systému. Hodnocení výsledku je však teleologické, tedy spočívá v odpovědi na otázku “nač?”.

Tabulka 8. Charakteristika výsledku a následku realizace procesu.

Příznak	Výsledek	Následek
1. Charakter souvislosti s procesem	Vnitřní, tvoří jednotné celé s procesem	Vnější, zprostředkovaný souhrnem podmínek
2. Závislost na vnějších podmínkách realizace procesu	Nezávislý	Závislý
3. Způsob posuzování	Teleologický	Kauzální

Výsledkem tady rozumíme stav systému, za kterého pokračování procesu není zapotřebí vzhledem k dosažení naplánovaného cíle nebo zjištění nemožnosti jeho dosažení v rámci systému. Každý proces realizovaný subjektem má svým cílem přechod určitých prvků systému z jednoho stavu, méně žádoucího z hlediska jednajícího subjektu pro dosažení konečného výsledku, do jiného, tedy více žádoucího stavu. Například výsledkem uskutečnění určitého diagnostického vyšetření lékař získává větší informaci ohledně zdravotního stavu pacienta, zvyšuje kvalitu této informace a tím pravděpodobnost výběru adekvátních parametrů léčebného postupu.

Uskutečňování každého jednotlivého léčebného zákroku jako procesu v rámci systému má svým účelem určitou změnu stavu tohoto systému směrem k dosažení konečného příznivého výsledku léčby. Čím více je podíl dosažených naplánovaných mezních výsledků uskutečňování jednotlivých léčebných opatření,

tím více je pravděpodobnost přechodu systému do kvalitativně jiného stavu, totiž uzdravení pacienta, a naopak čím méně bylo dosaženo naplánovaných výsledků, tím menší bude vliv integrálního ukazatele činnosti zdravotnických pracovníků na pravděpodobnost výskytu příznivého výsledku onemocnění.

Výsledek je neoddelitelnou součástí procesu, jehož prostřednictvím je buď dosažen nebo nedosažen. Právě pravděpodobnost dosažení výsledku, nikoli jeho obsah, je určena vnějšími podmínkami realizace procesu. Obsah výsledku je předem determinován parametry procesu, který se uskutečňuje směrem k jeho dosažení. Vzhledem k vnitřní jednotě a neoddelitelnosti procesu a výsledku považujeme za metodologicky opodstatněné použití v rámci analýzy výsledků lékařských opatření stejných kritérií jako byly použity při analýze procesu poskytování zdravotní péče.

Kritérium správnosti výsledku charakterizuje tedy soulad kvalitativních parametrů dosaženého stavu systému s parametry náležitého stavu, který měl být dosažen realizací určitého procesu. Kritérium úplnosti výsledku se liší od předchozího tím, že posuzování dosaženého stavu systému se uskutečňuje z kvantitativního hlediska. Výsledek může být hodnocen jako správný, avšak neúplný, totiž dosažený stav systému může obsahovat náležité kvalitativní parametry, ale jejich kvantitativní charakteristika se bude lišit od požadované (například snížení hodnot arteriálního tlaku výsledkem antihypertenzivní terapie do vyšších než optimální pro daného pacienta). Kritérium včasnosti charakterizuje soulad času dosažení analyzovaného výsledku stavu systému, kdy tento výsledek je optimální z hlediska konečného cíle fungování systému (uzdravení pacienta). Adekvátnost výsledku je soulad jeho parametrů aktuálnímu stavu pacienta, totiž informaci o jeho zdravotním stavu, kterou lékař měl k dispozici v době dosažení tohoto výsledku.

Tedy naplánovaný výsledek uskutečňování jednotného procesu může být dosažen, nebo nedosažen (pokud neodpovídá výše uvedeným kritériím). Nedosažení požádaného výsledku neznamena jiný (negativní) výsledek realizace

procesu, ale je již následkem určitého vnějšího působení na tento proces, tedy příčiny, najít a popsat příznaky kterého je úkolem znalce.

Účinnost lékařských zákroků spočívá v dosažení naplánovaných náležitých výsledků. Jestli charakter (parametry) náležitého výsledku je určen charakterem procesu (diagnostického nebo léčebného opatření), tak pravděpodobnost jeho dosažení záleží na jedné straně na správnosti, úplnosti, včasnosti a adekvátnosti daného procesu, na druhé straně na informačním prostředí a vnějších podmínkách (organizačních, materiálně technických, situačních, aj.), za nichž realizace dotyčného procesu probíhá.

Konečný výsledek uskutečňování činnosti zdravotnických pracovníků v rámci poskytování zdravotní péče pacientovi je integrálním ukazatelem účinnosti jednotlivých diagnostických a léčebných opatření. Lékařský zásah tedy můžeme považovat za absolutně účinný, pokud poměr dosažených výsledků a naplánovaných náležitých výsledků realizace jednotlivých opatření je blízký k 1, relativně účinný, pokud tento poměr překračuje 0,5, relativně neúčinný při poměru méně 0,5, a konečně absolutně neúčinný, pokud se tento ukazatel blíží k nule. Souhrnné hodnocení účinnosti procesů, tvořících například obsah etiologické terapie infekčního onemocnění, umožňuje následující důležité závěry:

- a) o účinnosti etiologické terapie jako celku;
- b) o nedosažených cílech v rámci etiologické terapie;
- c) o nenaplánovaných (chybějících) cílech v rámci etiologické terapie.

Konečné následky rozvoje onemocnění v organismu pacienta jsou zpravidla pravděpodobnostně determinovány komplexem faktorů různé přírody, které tvoří prvky systémové příčiny, jedním z nichž může být charakter profesních jednání lékaře. Systémový charakter příčiny neznamena ekvivalentnost jejích prvků, jak je tomu v kondicionálním výkladu příčinné souvislosti. Uvnitř systémové příčiny je přítomna určitá struktura, hierarchie prvků, vztahů a souvislostí. Tedy analýza výsledků a účinnosti poskytnuté zdravotní péče je spojovací etapou mezi procesní

analýzou diagnostických a léčebných postupů a příčinnou analýzou zaměřenou především na zjištění a posuzování příznaků příčinné souvislosti.

§ 5.2. Analýza příznaků příčinné souvislosti.

V rámci provedeného výzkumu námi byly navrženy příznaky příčinné souvislosti, jejichž zjištění je jedním z úkolů znalecké analýzy dle materiálů soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby.

Prvním příznakem je časová posloupnost, což znamená, že příčina vždy předchází následku. Podrobnější charakteristika tohoto příznaku bude dána níže.

Druhým příznakem je soustavnost příčinných vztahů. Ve vzniku nepříznivého výsledku má význam nikoli jeden izolovaný faktor, nýbrž určitý systém vzájemně spojených prvků. Prostou příčinu je nutno posuzovat jako krajní formu soustavné (systémové) příčiny, v níž je úloha jednoho prvku systému tak podstatná, že význam ostatních prvků může být zanedbán. Příkladem prosté příčiny v medicíně je zavinění újmy na zdraví pacienta transfuzí krve nakažené virem HIV nebo hepatitidy C.

Třetím příznakem je přítomnost nezbytného prvku v systémové příčině, který se liší od dalších prvků vlastnostmi určitosti a jednoznačnosti. Jestli prvek **p** systému je nezbytný, tak pro něho platí následující pravidlo: výskyt následku **x** jednoznačně svědčí o přítomnosti v systému působení prvku **p**, bez něhož prvek **x** by byl nepřítomen v tomto systému. Například jestli prvkem **x** je výskyt sepse u pacienta, pak nezbytným prvkem systému je přítomnost v organismu zdroje primární infekce. Nevždy přítomnost zdroje primární infekce v organismu vede k rozvoji sepse, protože nezbytný prvek není vždy dostatečný pro výskyt následku. Daná skutečnost je daná atranzitivností příčinné souvislosti: jestli výskyt následku **x** jednoznačně svědčí o přítomnosti v systému prvku **p**, pak přítomnost samotného prvku **p** nemůže být jednoznačným svědectvím výskytu následku **x**. Jestli je nezbytný prvek systémové příčiny neměnný, což vyplývá z jeho vlastností určitosti a jednoznačnosti, pak ostatní prvky se mohou měnit v každém konkrétním případě jak dle svého počtu, tak i dle obsahu.

Čtvrtým příznakem příčinné souvislosti je nezbytnost přítomnosti (působení) jednoho nebo několika dalších prvků (podmínek) v systému, v souhrnu s nimiž nezbytný prvek získává vlastnost dostatečnosti. Jestli souhrn prvků $[p+(a+b)]$ je dostatečný, tak pokaždé, kdy tento souhrn je přítomen, bude přítomen i jev x , který je následkem. V situaci prosté příčiny má jediný prvek jak vlastnost nezbytnosti, tak i dostatečnosti. V systémové příčině dostatečnost je determinována určitým komplexem faktorů, tedy mimo nezbytného prvku působí další, jejichž kvalitativní a kvantitativní charakteristiky jsou odlišné v každém konkrétním případě. Vzhledem k variabilnosti podmínek dostatečnosti jejich popis je možný pouze v termínech kategorie jedinečného, totiž v rámci konkrétního případu.

Do systémové příčiny mohou být zapojeny prvky různé přírody podmiňující dostatečnost, například:

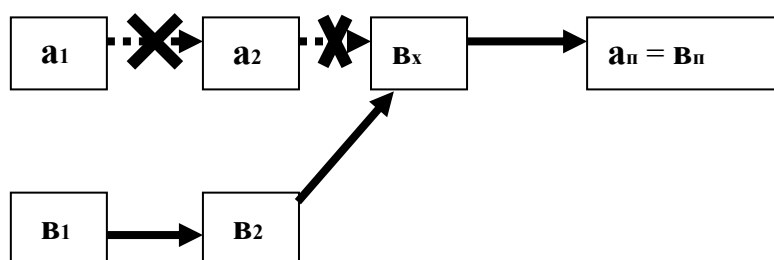
- a) kvalitativní a kvantitativní parametry přítomného onemocnění (základního, vedlejších, komplikací);
- b) charakter jednání zdravotnických pracovníků v procesu poskytování zdravotní péče pacientovi;
- c) charakter jednání pacienta nebo jeho zákonných zástupců;
- d) podmínky uskutečňování diagnosticko-léčebného procesu (včetně situačních);
- e) individuální vlastnosti organismu pacienta.

Dostatečné podmínky systémové příčiny vždy tvoří nepřetržitou řadu (řetězec) stejnorodých prvků, od první až po konečnou odvozenou podmínku. Jestli r_1 je první podmínka a r_n je konečná odvozená podmínka, pak řada stejnorodých podmínek představuje nepřetržitou posloupnost $r_1 - r_2 - r_3 - \dots - r_n$. Pro danou řadu je oprávněn závěr: $r_1 - r_n$. V případě zjištění, že v řadě dostatečných podmínek je přítomen prvek B_x , nestejnorodý ostatním její součástí a řadu přerušující, bez něhož se nemůže uskutečnit konečný prvek r_n , musí následovat závěr o přítomnosti v analyzovaném systému jiného řetězce podmínek, stejnorodých prvku B_x a vytvářejících s ním svou nepřetržitou řadu,

vedoucí k dané konečné odvozené podmínce. Na základě toho se podmínky přerušené řady vylučují ze systémové příčiny (schéma 12).

Důležitost zjištění uvedených příznaků příčinné souvislosti znalcem lze ilustrovat následujícím příkladem, klinickou situací v rámci občanskoprávního případu způsobení zdravotnickými pracovníky újmy na zdraví.

Schéma 12. Příznak nepřetržitosti podmínek dostatečnosti v systémové příčině.



Pacient N. byl urgentně hospitalizován na urologickém oddělení se záchvatem renální koliky. Po vyšetření lékař ve službě stanovil diagnózy: Urolithiáza. Konkrement v dolní třetině močovodu. Renální kolika. Chronická pyelonefritida ve fázi remise. Vzhledem k lokalizaci konkrémentu, jeho malým rozměrům (4-6 mm) a kulaté formě lékař rozhodl pro konzervativní taktiku léčby. Je známo, že až 80% konkrémentů močovodu odchází samostatně v důsledku medikamentózní léčby.

Konzervativní terapie v průběhu 4 dnů vedla pouze k malému posunu konkrémentu blíže k ústí močovodu. Vzhledem k opakovaným záchvatům renálních kolik byla pacientovi provedena katetrizace močovodu za účelem dekomprese. Absence plánovaného účinku konzervativní terapie se stala důvodem pro rozhodnutí o provedení kontaktní litotripsie v jiném zdravotnickém zařízení (materiálně technické vybavení oddělení neumožňovalo realizaci tohoto zákroku na místě). Za několik hodin po provedení kontaktní litotripsie, která vedla k fragmentaci konkrémentu a částečné evakuaci fragmentů do močového měchýře, se stav pacienta začal zhoršovat, znovu se objevily záchvaty renálních kolik, nausea a zvracení. Třetí den po zákroku pacient byl febrilní, měl dysurické

projevy. Konečně čtvrtý den byla provedena operace pro hnisavou pyelonefritidu, v jejímž průběhu pro závažný stav pacienta byla ledvina odstraněna.

Nezbytným prvkem, který v této situaci vedl k exacerbaci chronického infekčního procesu v ledvině, byla trvající okluze horních cest močových konkrementem. Daný prvek má potřebné vlastnosti určitosti a jednoznačnosti. Je známo, že u nemocných s chronickou pyelonefritidou přetrvávající obstrukce močových cest vyvolává exacerbaci onemocnění (příznak jednoznačnosti). Obstrukce může být různého původu (vnější nebo vnitřní), nejčastěji jde o okluzi močovodu konkrementem, jak se to stalo v analyzovaném případě (příznak určitosti).

Okluze močových cest ne v každém případě vyvrcholí v exacerbaci chronické pyelonefritidy a rozvoj urosepsy. Je tedy je zapotřebí stanovit komplex faktorů dostatečný pro vyústění v tento nepříznivý výsledek. Patří do toho délka okluze, traumatizace stěny močovodu, aktivizace infekčního agens a další.

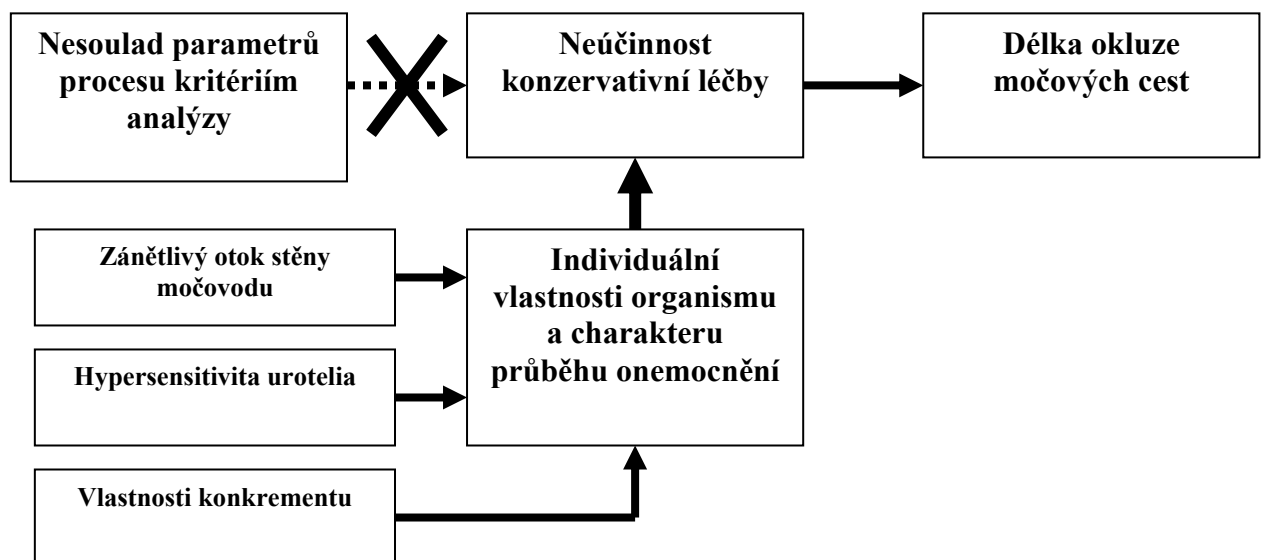
V období konzervativní terapie v prvním zdravotnickém zařízení délka okluze horních cest močových souvisela s neúčinností léčby, totiž nedosažením výsledku realizace procesu v rámci naplánovaných léčebných opatření. Dříve bylo uvedeno, že pokud charakter naplánovaného výsledku je určen parametry procesu, pak jeho dosažení nebo nedosažení je podmíněno vnějšími vůči procesu faktory (situačními faktory, podmínkami poskytování zdravotní péče, individuálními vlastnostmi organismu pacienta, aj.).

V analyzovaném případě neúčinnost konzervativní terapie byla podmíněna individuálními vlastnostmi organismu pacienta a charakteru patologie (adheze konkrementu ke stěně močovodu). Proto jednání lékaře ve službě a prvního ošetřujícího lékaře nemůžeme zařadit do řetězu prvků zprostředkujících dostatečnost systémové příčiny (schéma 13).

V rámci procesní analýzy léčby pacienta po kontaktní litotripsii v dalším zdravotnickém zařízení během 4 dnů byly zjištěny následující skutečnosti:

- a) pokračující okluze horních cest močových (opakované záchvaty renálních kolik, bolesti v bederní krajině, nausea, zvracení);
- b) absence adekvátní drenáže ledviny katetrem nebo stentem po kontaktní litotripsii;
- c) chybění exkreční urografie v plánu diagnostických vyšetření za přítomnosti indikace (febrilní teploty, dysurie);
- d) nepřítomnost antibiotické terapie jako profylaxe zhoršení chronické pyelonefritidy.

Schéma 13. Příznak nepřetržitosti řetězce dostatečných podmínek v první etapě léčby pacienta.

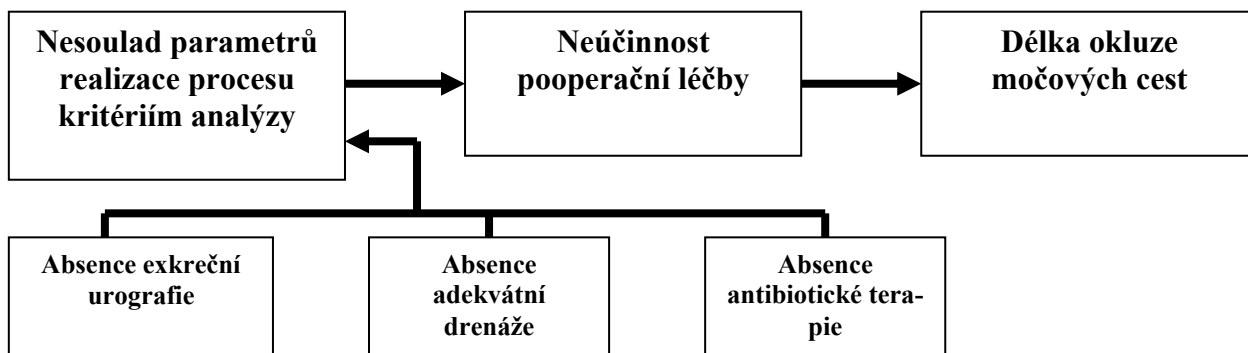


Vzhledem ke zjištěným údajům, svědčícím o nesouladu parametrů realizace procesů v rámci diagnostiky a léčení kritériím procesní analýzy, můžeme uzavřít, že neúčinnost pooperační léčby pacienta je v souvislosti se stanovenými skutečnostmi. Navrhujeme následující nepřetržitý řetězec podmínek dostatečnosti systémové příčiny (schéma 14).

Je nutno zjistit, zda zdravotničtí pracovníci měli reálnou možnost vybrat náležité (odpovídající kritériím) parametry realizace procesu na etapě pooperační léčby. Dále na základě údajů získaných v rámci znalecké analýzy charakteru přítomného onemocnění, podmínek poskytování zdravotní péče, informačně kontextní analýzy, stanovení příznaků dostatečnosti podmínek a nepřetržitosti

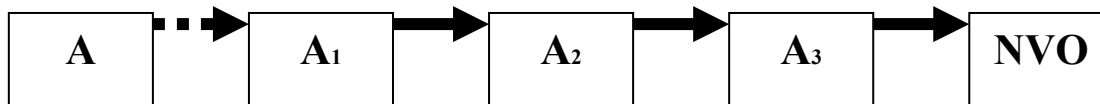
řetězce souvislosti mezi charakterem pooperačních lékařských opatření a délkou okluze močových cest, můžeme učinit závěr o tom, že parametry procesu pooperační léčby pacienta ve druhém zdravotnickém zařízení mohou být zařazeny do komplexu dostatečných podmínek vzniku nepříznivého výsledku onemocnění.

Schéma 14. Nepřetržitý řetězec podmínek dostatečnosti systémové příčiny na etapě pooperační léčby pacienta.



Diagnostická a léčebná opatření mohou být součástí komplexu dostatečných podmínek vzniku nepříznivého výsledku onemocnění v případě, jestli jsou jedním z prvků v nepřetržitém řetězci systémové příčiny (schéma 15).

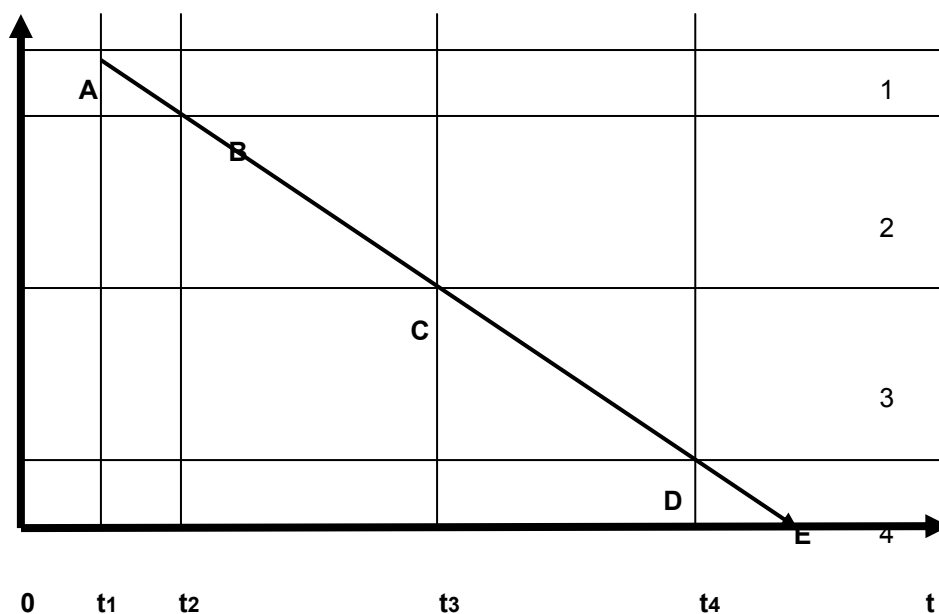
Schéma 15. Nepřetržitý řetězec podmínek dostatečnosti systémové příčiny.



A – organizační, materiálně technické, personální podmínky poskytování zdravotní péče (uskutečňování diagnosticko léčebného procesu; **A₁** – nesoulad parametrů realizace procesu s kritérii analýzy; **A₂** – neúčinnost procesu (nedosažení výsledku); **A₃** – konečné podmínky dostatečnosti; **NVO** – nepříznivý výsledek onemocnění

Jednou z hlavních otázek při analýze příznaků příčinné souvislosti je otázka časového poměru dvou procesů: patologického procesu jako realizace dynamického ohrožení zdraví (života) pacienta a diagnosticko léčebného procesu jako systému lékařských zákroků zaměřených na snižování a odstraňování tohoto ohrožení. Je totožná časová oblast, v níž se uskutečňuje vzájemné působení patogeneze a procesu poskytování lékařské péče (pro krátkost *per analogiam* – medikogeneze)?

Schéma 16. Struktura časové oblasti vzájemného působení patogeneze onemocnění a lékařského zásahu (medikogeneze).



Osa x – čas, osa y – dynamika zdravotního stavu pacienta; AE – vektor rozvoje patologického procesu; 1 – oblast přesné determinace; 2 – oblast pravděpodobnostní determinace s vysokou účinností léčby; 3 – oblast pravděpodobnostní determinace s nízkou účinností léčby; 4 – oblast přesné determinace; t_1 – doba začátku onemocnění; t_2 – doba pravděpodobnostní determinace výsledku onemocnění; t_3 – doba «neurčitého stavu»; t_4 – doba neúčinnosti lékařských opatření.

Jestli tato oblast je totožná, pak poměr doby začátku onemocnění a doby začátku medikogeneze nemá podstatný význam, totiž ve kterémkoli časovém bodu dané oblasti charakter časové korelace účinnosti léčby bude stejný (schéma 16). Avšak ve skutečnosti platí, že zpravidla čím dříve od začátku onemocnění se poskytuje lékařská péče, tím je účinnější, což předpokládá, že lze vydělit v ní dvě součásti, oblasti přesné a pravděpodobnostní determinace. V první z nich je výsledek vzájemného působení patogeneze a medikogeneze přesně determinován, ve druhé platí jenom pravděpodobnostní úsudky.

Neúčinnost většiny lékařských zákroků během terminálního období rozvoje onemocnění je spojena s přesnou determinací nepříznivého výsledku přítomným stavem pacienta (generalizace patologického procesu, kóma, multiorgánová dysfunkce, atd.). Naopak, adekvátní léčba v době počátečních stadií mnohých onemocnění končí uzdravením nebo dlouhodobou stabilizací zdravotního stavu

pacienta. V oblasti pravděpodobnostní determinace je účelně rozlišovat dvě součásti, tedy první, v níž účinnost náležitého léčení je relativně velká (pravděpodobnost příznivého výsledku je větší než 50 %), a druhé, v níž tato účinnost je relativně malá (pravděpodobnost je menší než 50 %, nebo příznivý výsledek léčby je kvalitativně horší). Jsou od sebe odděleny teoretickým časovým bodem, takzvaným “stavem neurčitosti”, v němž jsou různé výsledky rozvoje onemocnění za náležité lékařské péče stejně pravděpodobné.

Z nestejnorodosti analyzované časové oblasti vyplývá zvláštní význam charakteristiky období, v němž bylo započato s poskytováním lékařské péče. Navíc má velký význam “předchorobí” patologického procesu, jak již bylo uvedeno v kapitole věnované znalecké analýze charakteru onemocnění. Časové kritérium příčinné souvislosti určuje následující podstatné skutečnosti:

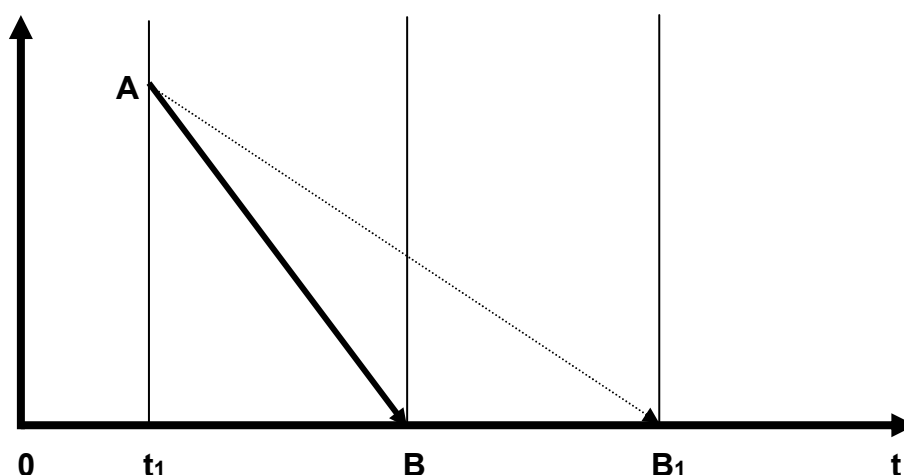
- a) předchorobí patologického procesu a jeho prostřednictvím podmínky, za nichž musí jednat zdravotnický pracovník v době prvního kontaktu s pacientem;
- b) charakter oblasti determinace, v níž se uskutečňuje vzájemné působení patogeneze a medikogeneze;
- c) parametry možných příznivých a nepříznivých výsledků onemocnění za náležité léčby uskutečnitelné v konkrétním případě.

Profesní jednání zdravotnických pracovníků v rámci poskytování zdravotní péče pacientovi mohou být v následujících poměrech k faktickému výsledku onemocnění:

- a) nebýt v příčinné souvislosti s nepříznivým výsledkem;
- b) být nezbytným a dostatečným faktorem (prostou příčinou) pro vznik nepříznivého výsledku onemocnění;
- c) být nezbytným prvkem systémové příčiny nepříznivého výsledku onemocnění;
- d) patřit do systému dostatečných podmínek systémové příčiny nepříznivého výsledku onemocnění.

Varianta souvislosti, v níž jednání zdravotnických pracovníků jsou nezbytným a dostatečným faktorem pro vznik nepříznivého výsledku, spočívá v tom, že nezávisle na charakteru rozvoje (průběhu) onemocnění samotný lékařský zákrok zákonitě způsobuje nepříznivý výsledek (újmu na zdraví, úmrtí pacienta) (schéma 17).

Schéma 17. Lékařský zákrok jako nezbytný a dostatečný faktor (prostá příčina) pro vznik nepříznivého výsledku.



Osa x – čas, osa y – zdravotní stav pacienta; AB – vektor změny stavu pacienta v důsledku lékařského zákroku; AB1 – vektor změny zdravotního stavu pacienta v důsledku rozvoje patologického procesu bez lékařského zákroku.

Nepříznivý výsledek B_1 rozvoje patologického procesu v tomto případě nebyl realizován v důsledku výskytu nepříznivého výsledku B lékařského zákroku, přičemž korelace mezi charakterem patogeneze a charakterem nepříznivého výsledku může být různá, od významné po nepřítomnou. Potvrzení této verze je možno za následujících okolností:

a) časový interval mezi dobou vzniku faktického nepříznivého výsledku a předpokládanou dobou vzniku nepříznivého výsledku za nepřítomnosti lékařského zákroku je odlišný; tedy faktický nepříznivý výsledek vznikl dříve než pravděpodobný výsledek za nepřítomnosti lékařského zákroku;

b) podle svých vlastností (příznaků) faktický nepříznivý výsledek je odlišný od pravděpodobného výsledku za nepřítomnosti lékařského zákroku.

Lékařský zásah může hrát roli nezbytného prvku systémové příčiny, avšak nedostatečného pro vznik nepříznivého výsledku onemocnění. Vlastnost

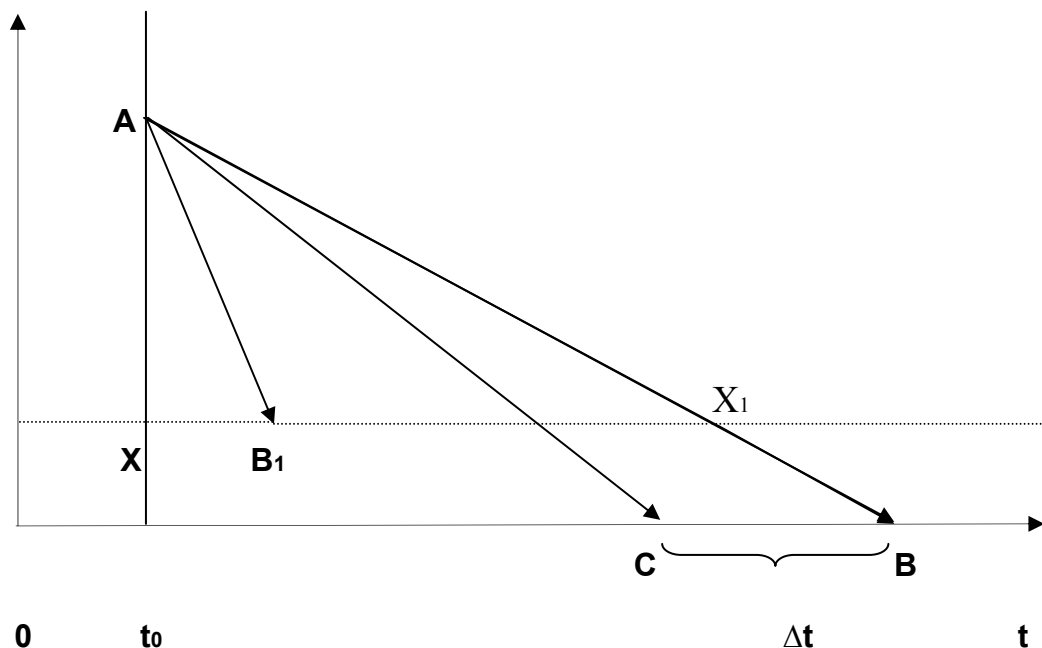
dostatečnosti v systémové příčině může být zprostředkována řadou dalších faktorů různé přírody. Lékařský zásah je považován za nezbytný prvek systémové příčiny nepříznivého výsledku, pokud:

a) při neuskutečnění lékařského zásahu negativní dynamika zdravotního stavu pacienta by byla menší; tedy nepříznivý výsledek onemocnění by vyskytl věrohodně později;

b) charakter nepříznivého výsledku by byl kvalitativně a kvantitativně odlišný;

c) vlastnosti průběhu onemocnění tvoří řadu dostatečných podmínek vzniku nepříznivého výsledku.

Schéma 18. Nezbytný prvek systémové příčiny nepříznivého výsledku.

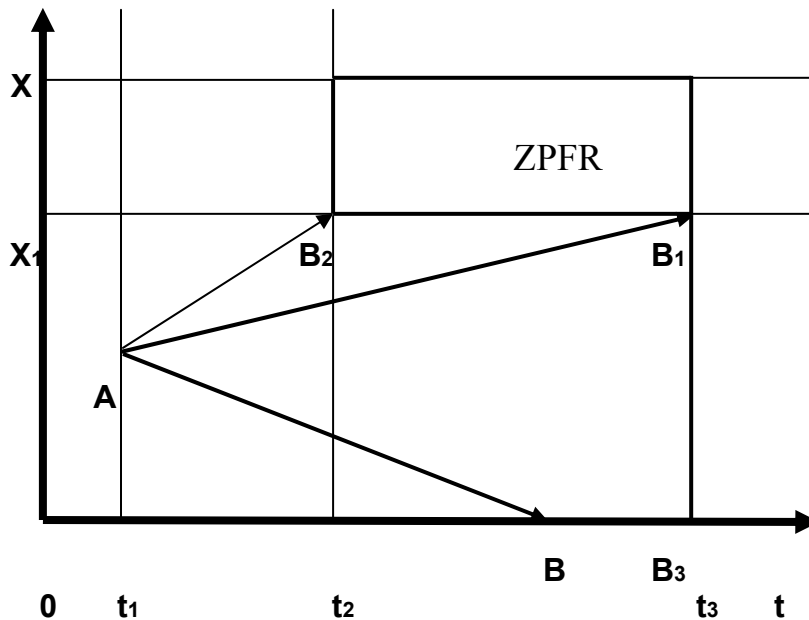


Osa x – čas, osa y – zdravotní stav pacienta; AB – vektor průběhu patologického procesu bez lékařského zásahu; AC – vektor průběhu patologického procesu ovlivněného lékařským zásahem; AB1 – varianta vektoru lékařského zásahu jako nezbytného, ale nedostatečného prvku pro vznik nepříznivého výsledku; XAX1 – oblast možné lokalizace vektoru lékařského zásahu jako nezbytného prvku pro vznik nepříznivého výsledku .

Na vektorovém diagramu (schéma 18) je znázorněna oblast lokalizace nezbytných prvků systémové příčiny, uvnitř které vektor lékařského zásahu má být považován za nezbytný pro výskyt nepříznivého výsledku (odpovídá trojúhelníku XAX₁). Dotyčný vektor může mít buď obě vlastnosti, tedy

nezbytnost a dostatečnost, nebo jenom nezbytnost (AB_1) pro vznik tohoto výsledku.

Schéma 19. Lékařský zásah jako jedna z dostatečných podmínek pro výskyt nepříznivého výsledku onemocnění.



Osa x – čas, osa y – zdravotní stav pacienta; XX_1 – kvalitativní parametry příznivého výsledku léčby; t_1 – čas začátku procesu poskytování zdravotní péče, t_2 - t_3 – časové parametry realizace naplánovaného příznivého výsledku léčby; AB_1 , AB_2 – vektory přípustnosti rozvoje patologického procesu za náležité léčby; AB – vektor rozvoje patologického procesu bez lékařského zásahu, ABB_3B_1 – oblast lékařského zásahu jako jedné z dostatečných podmínek pro výskyt nepříznivého výsledku onemocnění; $ZPFR$ – zóna naplánovaného příznivého výsledku (zone of planned favorable result).

Z právního hlediska je nezbytný prvek systémové příčiny vlastně příčinou újmy na zdraví, totiž jednou ze složek skutkové podstaty trestného činu. Činnost lékaře nelze považovat za příčinu újmy na zdraví, pokud je pouze jednou z dostatečných podmínek systémové příčiny, nikoli však její nezbytným prvkem. Proto v rámci trestního řízení se skutečnost způsobení lékařem újmy na zdraví pacienta prokazuje jednoznačně stanovením nezbytnosti posuzovaného lékařského zákroku pro vznik dotyčné újmy na zdraví.

Rozdíl mezi vlastnostmi nezbytnosti a dostatečnosti může být vyobrazen graficky (schéma 19). Na uvedeném schématu dolní hranice oblasti dostatečnosti je určena vektorem AB průběhu patologického procesu za nepřítomnosti

lékařského zásahu (protože lékařský zásah, který nemá pozitivní vliv na průběh onemocnění, může být ve většině případů považován za jednu z dostatečných podmínek vzniku nepříznivého výsledku). Horní hranice oblasti dostatečnosti je určena parametry náležitého výsledku léčby. Tyto parametry tvoří určitou zónu ZPFR (zone of planned favorable result – zóna naplánovaného příznivého výsledku). Dolní hranice této zóny je určena vektory AB_1 a AB_2 , které odrážejí přípustné varianty rozvoje onemocnění za náležité léčby.

Čtyřuhelník AB_1B_3B určuje oblast lokalizace sumárního vektoru (rozvoje patologického procesu za léčby pacienta), v níž nenáležitý charakter lékařského zásahu patří do souhrnu dostatečných podmínek vzniku nepříznivého výsledku onemocnění. Je zapotřebí uvést, že uvedené vektorové diagramy jsou maximálně formalizovány. Ani rozvoj onemocnění, ani poskytování zdravotní péče nejsou procesy s neměnitelným v čase směrem a charakterem.

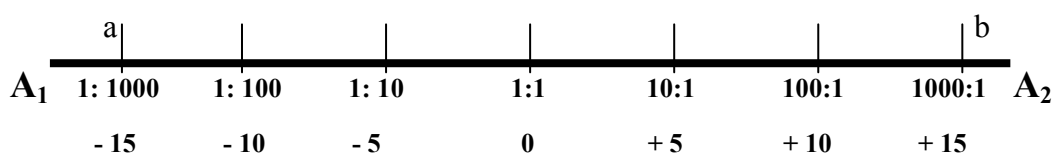
Dalším problémem je obtížné kvantitativní posuzování určitých parametrů, které je dosti často vyžadováno právníky od znalců v rámci hodnocení pravděpodobnosti příznivého výsledku rozvoje onemocnění. Jednou z možných cest, jejíž podrobné zpracování přesahuje rámec naše studie, je využití takzvaných patometrických výpočtů [viz například Gubler E.V., 1990; A.B. Gumel, C. Castillo-Chávez, R.E. Mickens, D.P. Clemence, 2006].

V rámci posuzování patologického procesu jako procesu dynamického ohrožení zdraví pacienta, který může progredovat do nepříznivého výsledku onemocnění za určitých podmínek (včetně nenáležitého lékařského postupu), nebo regredovat do návratu do původního zdravotního stavu (nebo jiného možného příznivého výsledku), je možné empirické vypracování patometrické osy závažnosti stavu pacienta při určitém onemocnění (schéma 20).

Z pozice patometrie lze tedy výraz «zdravotní stav pacienta se zlepšil (zhoršil)» převést do jasné kvantitativní podoby. Kvalitativní proces zhoršování zdravotního stavu (přechod ze stavu A_1 do stavu A_2) zpravidla zahrnuje určité kvantitativní změny řady jednotlivých klinických symptomů a laboratorních

příznaků. Kvantitativní rozdíl mezi stavem ohrožení A_1 a stavem ohrožení A_2 spočívá v různé míře pravděpodobnosti výskytu nepříznivého výsledku onemocnění. Použití kvantitativních metodik posuzování závažnosti průběhu patologického procesu a pravděpodobnosti nepříznivého výsledku léčby má určitou perspektivu z hlediska zvyšování opodstatněnosti a věrohodnosti znaleckých závěrů jako soudních důkazů.

Schéma 20. Patometrický model kvantitativního posuzování kvalitativních poměrů patologických stavů (dle Gublera E.V., 1990).



patometrická osa, na níž jsou uvedeny: poměry pravděpodobnosti (horní řada) dvou stavů A_2 a A_1 : P_2/P_1 ; patometrická osa diagnostických bodů (dolní řada), které jsou decimálními logaritmy poměru pravděpodobnosti P_2/P_1 s koeficientem 5, celý vzorec pro výpočet diagnostických bodů je: $n = 5 \lg (P_2/P_1)$.

Jak je vidět, příčinná analýza jako závěrečná etapa znalecké analýzy již obsahuje určité syntetické prvky, což je zákonité, protože analýza je dialekticky spjatá se syntézou. Údaje získané v rámci předchozích etap, totiž analýzy charakteru přítomného onemocnění, organizace a podmínek poskytování zdravotní péče, procesní a informační analýzy diagnosticko léčebného procesu a jeho výsledků, tvoří ve svém souhrnu dostatečný podklad pro syntetické úsudky o charakteru vztahů a souvislostí mezi jednotlivými prvky klinické situace včetně jejich vlivu na výsledek onemocnění.

§ 5.3. Analýza příčinné souvislosti nepříznivého výsledku s nenáležitými jednáními zdravotnických pracovníků.

Znalecká analýza klinických situací, v nichž k újmě na zdraví nebo k úmrtí pacienta dochází v důsledku nenáležitých konání (opomenutí) zdravotnických pracovníků, má zvláštní význam jak v rámci trestněprávního, tak i občanskoprávního řízení. Vzhledem k tomu, že činnost lékaře se vždy dotýká tak významného a zákonem chráněného společenského zájmu, jakým je zdraví

občana, lze snadno dospět k závěru, že v případě nepříznivého výsledku léčby má činnost lékaře společensky nebezpečný charakter. To klade důležitou otázku, zda jednání zdravotnického pracovníka, které způsobilo újmu na zdraví (úmrť) pacienta a bylo hodnoceno jako nenáležitě, tedy “*non lege artis*”, naplňuje vždy skutkovou podstatu trestného činu.

Zjištění odpovědi na tuto otázku vede ke dvěma v současné době problémovým tématům jak na odborném znaleckém, tak i na právním poli. Prvním je problém přípustného rizika v medicíně mimo rámec klinického experimentu: do jaké míry je například oprávněn chirurg riskovat život pacienta v situaci výběru mezi alternativními způsoby operačního zákroku z pohledu neustálého pokroku a rozvoje současné medicíny? Druhým problémem je kvalifikace volního prvku v činnosti lékaře v případě zavinění újmy na zdraví (úmrť) pacienta.

Zvláštní pozornost vyžaduje situace, kdy lékař musel, ale neměl možnost konat jiným způsobem. Na tvorbu volního chování subjektu může mít značný vliv vnitřní psychologický faktor. Tímto faktorem je jednání v dobré víře na základě omluvitelného omylu (takzvaná *bona fides* v občanském právu). Pro všechny lidé je vlastní se mýlit. Vyloučit úplně tuto vlastnost lidské psychiky se zatím nikomu nepodařilo. Příčina omylu spočívá v povaze objektu poznávání. Člověk zřídka disponuje informací v rozsahu dostatečném pro bezchybné rozhodnutí, vytváří své názory a je nucen působit v reálném životě za podmínek nedostatečnosti, nevčasnosti a/nebo nespolehlivosti informace.

V medicíně se k těmto objektivním předpokladům přidávají subjektivní prvky:

- a) individuální psychické vlastnosti lékaře (například rychlost myšlenkových procesů, prudkost reakce, charakteristiky paměti, aj.);
- b) odolnost vůči vlivu extrémních podmínek (nárokům na rychlost rozhodnutí v urgentních život pacienta ohrožujících situacích, tíha odpovědnosti

za život nemocného, psychické přetížení v průběhu složitých operačních zákroků, aj.);

c) odlišné profesionální zkušenosti lékařů ve stejném oboru a se stejnou úrovní odpovědnosti, které se získávají pouze délkou osobní praxe.

V omylném jednání v dobré víře není přítomna vina. Jsou však možné případy, kdy podle názoru znalce měl lékař jednat jinak, protože na základě diagnostické informace, kterou měl k dispozici v posuzované době, by znalec jako zkušenější odborník mohl postupovat jiným způsobem a tím zabránit nebo podstatně snížit pravděpodobnost nepříznivého výsledku.

Pro znalce navíc v řadě případů představuje značný problém spolehlivě rozhodnout, který ze subjektů zdravotnického týmu konal tak, že došlo ke vzniku nepříznivého výsledku, zejména šlo-li o výkony v krátkém časovém intervalu, někdy dokonce v několika různých zdravotnických zařízeních. Prohloubená specializace vytvořila nezbytnost kolegiálního řešení složitých klinických případů, s čímž může být spojen problém rozdělení odpovědnosti za vzniklou škodu na zdraví mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními nebo pracovníky. Uvedeme příklad podobné situace.

28-letá nemocná se obrátila na ambulantního lékaře, sloužícího na pohotovosti v místě bydliště, pro bolesti v pravém podžebří. Lékař po vyšetření doporučil hospitalizaci na chirurgickém oddělení s diagnózou “recidiva chronické cholecystitidy- (?)”. Na chirurgickém oddělení však byla hospitalizace nejprve odmítnuta službu konajícím lékařem, až podruhé byla pacientka hospitalizována. Během tří dnů pobytu v nemocnici byla pacientka vyšetřena třemi lékaři, pracujícími na částečný úvazek. Výsledky těchto vyšetření byly dokumentovány krátkými záznamy v chorobopisu bez uvedení dalšího plánu vyšetření a léčení. Pacientce však nebyla stanovena správná diagnóza, následkem čehož v průběhu další neadekvátní léčby na oddělení zemřela. Post mortem bylo zjištěno, že nemocná měla četné břišní srůsty komplikované střevní neprůchodností s protržením stěny tlustého střeva a rozvojem peritonitis faecalis.

Hranice, oddělující náležitý charakter jednání při poskytování zdravotní péče od nenáležitého, má objektivní ráz, který je určen za prvé charakterem profesních povinností zdravotnického pracovníka a za druhé přítomností reálné možnosti v posuzované klinické situaci tyto povinnosti splnit. Soudní znalec má kromě zjištění, že lékař měl (byl povinen) předvídat a včas zabránit negativním zdravotním následkům, v rámci analýzy také posoudit, zda uvedený lékař mohl (měl objektivní možnost) následky předvídat a zabránit jim. Častěji se dá, nikoli však v každém případě, jednoznačně určit, zda existovala objektivní možnost splnění této povinnosti. V případě profesní chyby jako omylného jednání v dobré víře však lékař nepředvídá vznik negativních následků svých jednání a podle okolností případu nemůže (nemá možnost) je předvídat nebo jim zabránit.

Dalším možným případem, ve kterém je lékařská jednání nutno považovat za náležitá (oprávněná), je situace přípustného rizika. V podobné situaci zdravotnický pracovník (většinou zkušený odborník s velkou délkou praxi) předvídá možnost negativních následků a odůvodněně předpokládá, že jim zabrání, ve skutečnosti se však tyto následky stávají nevyhnutelnými. Lékař se tedy setkává s nevyhnutelností újmy na zdraví z toho důvodu, že její odvrácení za použití prostředků současné medicíny za konkrétních podmínek přesahuje hranice možností.

Přípustné riziko má znak vůle, volního jednání odborníka. Přípustné riziko není kategorií připouštějící její snadné objektivní posouzení, protože je spojeno s psychickými procesy konkrétního lékaře, s jeho uvědomováním si charakteru svých profesních jednání a jejich možných výsledků. Avšak profesní riziko má objektivní stránku, která se projevuje v objektivních podmínkách konkrétní situace výběru.

Pásmo přípustného profesního rizika tvoří souhrn možných negativních následků, souvisejících s riskantním léčebným (operačním) zákrokem. Odhadovaná pravděpodobnost jejich výskytu a předpokládaná možnost zabránění nejsou dostatečným důvodem pro odmítnutí uskutečnění riskantního zákroku v

zájmu pacienta. Ve zdravotnické praxi je nevyhnutelné využití postupů, zákroků, nástrojů a přípravků, jejichž využívání je spojeno s určitým rizikem pro zdraví pacienta. Lékařská věda a společnost uznávají za přijatelné, tedy “ospravedlňují”, takovéto profesní riziko. Podmínky přijatelnosti profesního rizika jsou následující:

- a) riziko se připouští pro dosažení společensky prospěšného cíle;
- b) tento cíl není dosažitelný opatřeními, nespojenými s rizikem;
- c) osoba připouštějící riziko učinila potřebná opatření k zabránění negativním následkům.

Česká legislativa zatím nemá v trestním zákoně pojem přípustného profesního rizika. Jako okolnost vylučující trestní odpovědnost podle § 14 trestního zákoníku je uvedena pouze krajní nouze: “Čin jinak trestný, kterým někdo odvrací nebezpečí přímo hrozící zájmu chráněnému tímto zákonem, není trestným činem. Nejde o krajní nouzi, jestliže bylo možno toto nebezpečí za daných okolností odvrátit jinak anebo způsobený následek je zřejmě stejně závažný nebo ještě závažnější než ten, který hrozil”. Avšak mezi krajní nouzí a přípustným profesním rizikem jsou velké rozdíly:

a) na rozdíl od případu krajní nouze, kdy škoda zaviněná vždy musí být menší než škoda odvrácená, v případě přípustného profesního rizika újma nemusí být vůbec zaviněna, ale na druhé straně může být zaviněna i bez jakéhokoli ekvivalentu (úmrtí pacienta v průběhu složitého operačního zákroku);

b) přípustné riziko zahrnuje jenom jednání subjektů, kteří se zabývají určitou činností odborně (profesionálně), a proto jsou schopní zaručit dodržování nezbytných podmínek jeho přípustnosti. Zdrojem, který vyvolává nebezpečí, jsou profesní jednání subjektu, který se vědomě odchyluje od standardního postupu pro dosažení společensky prospěšného cíle.

Různé stupně přípustného profesního rizika v různých oborech medicíny mají objektivní původ. Tak například stupeň riskantnosti lékařských zákroků v neurochirurgii nebo v traumatologii je mnohem větší než v interní medicíně z

důvodu větší technické složitosti a radikálnosti těchto zákroků. Čím vyšší je stupeň možného rizika, tím vyšší je pravděpodobnost a závažnější jsou následky lékařského neúspěchu. Čím vyšší je stupeň možného rizika, tím více je výsledek léčby závislý na objektivních faktorech a méně pak na vůli lékaře.

Kategorie stupně přípustného profesního rizika má přímou souvislost s pravděpodobností omylu lékaře v dobré víře a v jeho důsledku vzniku škody na zdraví pacienta. Čím větší je složitost lékařského zákroku, čím těžší je charakter přítomné patologie, a tím větší je zpravidla riziko nepříznivého výsledku. V určitých lékařských oborech, které se liší vysokou úrovní působení stresogenních faktorů, velkým nervově psychickým přetížením a složitými podmínkami plnění pracovních funkcí, je riziko vzniku škody na zdraví vyšší než v konzervativnějších oborech medicíny. Za současné úrovně rozvoje medicíny nelze vyloučit možnost této škody v důsledku přípustných odborných výkonů zdravotnického pracovníka. Když v rámci charakteristiky profesní chyby lékaře hovoříme o tom, že subjekt nepředvídá negativní následky, znamená to, že tento subjekt v rámci plnění svých profesních funkcí učinil všechna potřebná opatření k prevenci těchto následků, jak tomu je v případech vzniku újmy na zdraví pacienta v důsledku lékařských zákroků uskutečněných v rámci přípustného profesního rizika.

Profesní chyba zdravotnického pracovníka jako omylné jednání v dobré víře ze subjektivní stránky má určitou podobnost s nehodou v medicínské praxi. V obou případech subjekt není schopen předvídat negativní následky svých jednání nebo zabránit těmto následkům, což z právního hlediska svědčí pro nepřítomnost viny, i když je možná příčinná souvislost mezi lékařským zásahem a újmou na zdraví pacienta. Nicméně mezi profesní chybou a nehodou v medicínské praxi existuje i podstatný rozdíl. Jestli v situaci nehody na systém "lékař – pacient" působí faktor nezávislý na vůli lékaře, náhodný faktor, pak v případě profesní chyby příčinou negativního následku jsou zaměřená konání (opomenutí) zdravotnického pracovníka způsobená omylem.

Znalec v rámci analýzy činnosti zdravotnického pracovníka má brát na vědomí skutečnost, že omyly v lékařské praxi jsou nevyhnutelné, protože proces poznávání samotný záleží na celém komplexu faktorů různé povahy, které zvládnout je úkol přesahující hranice lidských možností. Dosti často se vlastnosti samotného objektu poznávání již jeví jako faktory určující míru pravděpodobnosti a charakter chyby subjektu zkoumajícího tento objekt, například takzvané diagnostické kategorie vysokého rizika. Nedostatečná, nevčasná, nespolehlivá nebo rozporuplná informace se může stát příčinou omylu i zkušeného lékaře náležitě konajícího své profesní funkce. Jediná možnost, jak stanovit diagnózu s pravděpodobností co nejbližší 100% jistotě, je zkoumání morfologického substrátu onemocnění. Vždy však není snadné tento substrát vyhledat, získat, a přitom existuje určitá možnost, že dokonce i tento substrát nebude obsahovat prvky vlastní pouze jedné jediné diagnóze.

Vzhledem k nepřítomnosti “jedinečných” symptomů mnohdy není možné s úplnou přesností a jistotou učinit závěr o charakteru onemocnění. Někdy lékař stanoví diagnózu dle principu největší pravděpodobnosti. Je známo, že “rozlišovací schopnost” klinické diagnostiky jednotlivých onemocnění se podstatně liší v různých typech zdravotnických zařízení. Celkový počet odchylek klinických a patologicko-anatomických diagnóz hlavního onemocnění dle některých autorů může dosahovat 10 % z počtu zemřelých na lůžkových odděleních nemocnic [Vermel I.G., 1998]. Dokonce i moderní, drahé metody diagnostiky, považované za spolehlivé, takzvané “zlaté standardy”, nejsou schopny poskytnout lékaři záruku absolutní pravdivosti informace a tedy úspěchu opatření, prováděných na jejím podkladě. Uvedeme příklad profesní chyby lékaře spojené se selháním podobného “zlatého standardu” diagnostiky určité patologie.

80-letá pacientka byla přivezena záchrannou službou na interní oddělení nemocnice s píchavou bolestí na obou stranách hrudníku, vázanou na hluboký nádech, bez dušnosti a vegetativních projevů. Bolesti trvaly od 23:00 hodin po celou noc, proto pacientka špatně spala. Bolesti se zhoršovaly za hlubokého

dýchání, přesouvaly se střídavě podél žeber až na záda, zesilovaly se při palpaci hrudníku a zad. Opakovaná aplikace Nitromintu (nitroglycerin) v sanitce a při příjmu na oddělení byla bez efektu. V osobní anamnéze měla pacientka ischemickou chorobu srdeční, stav po infarktu myokardu v povodí ACI vlevo a endarterektomii vlevo, na CT aneurysma oblouku aorty, arteriální hypertenzi na farmakoterapii, stav po hemoragické cévní mozkové příhodě, diabetes mellitus II. typu na dietě, dale žaludeční vřed asi před 20 lety, nefrolitiázu a glaukom. Při objektivním vyšetření měla krevní tlak 160/90...200/100 mmHg, frekvenci srdeční 65/min, saturaci krve kyslíkem 95%, byla afebrilní, orientovaná, lehce dehydratována, bez známek cyanózy a ikteru, měla bledý kolorit kůže. Hlava byla na poklep nebolestivá, oční štěrbinu symetrické, zornice izokorické, fotoreakce přítomné, skléry bílé, spojivky růžové, bulby volné, výstupy trigeminu nebolestivé, koutky symetrické, jazyk vlhký, povleklý, plazil středem, patrové oblouky symetrické, hrdlo klidné. Srdeční akce byla pravidelná, dvě ozvy, bez šelestu, palpační bolestivost nad hrudní kostí a podél žeber, dýchání s poslechoвым nálezem ojedinělých chrůpků bazálně bilaterálně, více vpravo, poklep plný, jasný, tapotement bilaterálně nebolestivé. Břicho bylo měkké, prohmatné, v pravém hypogastriu hůře prohmatné, měla zvýšenou palpační citlivost v oblasti žaludku. Peristaltika byla přítomná, játra ani slezina nebyly hmatné. Na dolních končetinách měla symetrické otoky perimaleolárně, chronický lymfedém, varixy bilaterálně, puls na arteria dorsalis pedis byl hmatný bilaterálně. Orientační neurologické vyšetření bylo bez lateralizace, pacientka neměla meningeální příznaky. Na EKG nebyly prokázány známky akutní ischemie.

Vyšetřující lékař vyslovil podezření na disekci aneuryzmatu aorty a objednal “statimové” vyšetření angio-CT hrudní aorty (počítačová tomografie, tedy “zlatý standard” pro diagnostiku disekce aorty). Závěr vyšetření zněl: aneurysma v oblouku aorty, jeho celková šíře je prakticky stejná, jako při minulém vyšetření ... bez patrné disekce.

Po nepotvrzení disekci aneurysmatu pacientka byla podrobena dalším vyšetřením včetně ultrasonografie epigastria, rentgenového vyšetření hrudníku, hrudního a bederního oddílu páteře, biochemického vyšetření krve včetně kardiomarkerů a faktorů koagulace. Konečně se závěrem vyšetřujícího lékaře “bolest na hrudi, v epigastriu, mezi lopatkami, v.s. vertebrogenní etiologie, akutní koronární syndrom vyloučen, náhlá příhoda břišní vyloučena, disekce aorty vyloučena, v diferenciatní diagnostice bolest maligní etiologie” byla pacientka odeslána na vyšetření na neurologii. Zde nebyla shledána indikace k hospitalizaci, pacientka byla proto přeložena na interní oddělení k zahájení analgetické terapie, případně gastrokopickému dovyšetření, kde zemřela za hodinu po přijetí...

Při patologickoanatomickém vyšetření byla stanovena jako příčina úmrtí právě disekce aneurysmatu aorty s masivním krvácením do mediastina. Několik hodin intenzivního diagnostického pátrání po příčině bolesti na hrudníku nevedlo ke správné diagnóze a adekvátní léčbě právě pro selhání “zlatého standardu diagnostiky”.

Objektivní možnost lékařského omylu, jak bylo uvedeno výše, je založena v procesu poznávání samotném. Přetvoření této možnosti ve skutečnost záleží na subjektivních faktorech, totiž na profesních a psychických vlastnostech osobnosti lékaře. Psychické vlastnosti a charakter myšlenkových pochodů subjektu, svéráznost jeho psychologických a emočních projevů, ovlivňují správnost reflexe (odrážení) vlastností objektu ve vědomí jedince. To znamená, že v podobné situaci za přítomnosti stejných objektivních podmínek by jiný subjekt s jinými profesionálními (delší praxe, vyšší kvalifikace, rozsáhlejší zkušenosti v diagnostice a léčbě podobných případů, apod.) a individuálně psychologickými (větší pružnost psychických a motorických reakcí, lepší paměť a pozornost, apod.) vlastnostmi byl schopen s určitou mírou pravděpodobnosti vyhnout se omylu a s tím spojenému nepříznivému výsledku léčby. Příčina tomu spočívá ve skutečnosti, že každý jednající subjekt vkládá do systému “lékař – pacient” jiný komplex subjektivních faktorů.

Lékařský omyl se může vyskytnout na úrovni vnímání (při získávání verbální a neverbální informace), analýzy (která vždy obsahuje prvky pravděpodobnosti), interpretace (posuzování a hodnocení vnímané informace), motoriky (následující akce). Nemožnost lékaře zjistit chybu smyslového vnímání nebo správně zhodnotit adekvátně vnímané jevy může být spojena se zkreslováním mechanismů odrazu objektivní reality, nedůsledností logického myšlení, nedostatečnou úrovní znalostí nebo praktických zkušeností potřebných právě pro daný případ, jakož i s psychologickým stavem lékaře (nepoměr psychofyziologických vlastností subjektu a nároků extrémních podmínek nebo nervově psychickému přetížení).

Lékař nemůže zaručit pacientovi stoprocentní uzdravení, může zajistit pouze léčbu podle svých odborných znalostí, kvalifikace a zkušeností, které jsou vyžadované od lékaře v určitém zdravotnickém oboru. Jak již bylo uvedeno, výsledek onemocnění nezáleží jen na kvalitě lékařských úkonů. Při zcela správné a adekvátní léčbě může být výsledek nepříznivý, a naopak občas nehledě na hrubé vady diagnostiky nebo léčebného postupu mohou být dosaženy dosti dobré konečné výsledky.

Znalecká analýza příčinné souvislosti v konkrétním případě může být do jisté míry komplikována situačními podmínkami. Za prvé, v rámci analýzy jednotlivých etap léčebně diagnostického procesu znalec může zjistit přítomnost jak určitých lékařských omylů, tak i nenáležitých opatření, spojených s nedodržením odborných předpisů, přičemž tyto skutečnosti se mohou týkat několika různých lékařů nebo dokonce různých zdravotnických zařízení. Každá předchozí chyba může různě ovlivňovat následující průběh diagnosticko léčebného procesu a hrát vlastní úlohu ve vzniku konečného nepříznivého výsledku léčby. Za druhé, nepříznivý výsledek může být determinován kombinací faktorů různé povahy, vyskytujícími se na jednotlivých etapách procesu poskytování zdravotní péče, někdy i před začátkem léčby ve zdravotnickém zařízení.

Situaci ilustruje následující příklad. 36-letý nemocný byl přivezen záchrannou službou na chirurgické oddělení nemocnice se symptomy akutní apendicitidy. Pro jeho těžkou ebrietu se lékaři nepodařilo zjistit anamnézu onemocnění. Během appendektomie byl objeven retroperitoneální hematom, v průběhu jeho revize chirurg poranil atypicky umístěnou velkou tepnu. Došlo k masivnímu krvácení, které se chirurg neúspěšně pokoušel zastavit ligaturou v místě poranění. Později použil chirurg způsob ligatury artérie nad místem poranění, indikovaný v dané situaci, ale v té době nemocný již ztratil velké množství krve, což vedlo k letálnímu konci.

V daném případě poranění tepny může být posuzováno jako nehoda, protože její atypické umístění lékař nemohl předvídat ani po dlouhodobých odborných zkušenostech (chirurg měl délku odborné praxe 22 roky). Ale opakované pokusy o zastavení krvácení v místě poranění, místo adekvátnější ligatury artérie nad místem poranění, lze posoudit jako profesní chybu chirurga, způsobenou několika různými faktory, například časovým stresem (operační zákrok během noční služby), fyzickou únavou a individuálními psychologickými vlastnostmi lékaře (rychlost reakce i mentálních funkcí).

Na závěr je důležité podotknout, že obecně újma na zdraví pacienta při poskytování zdravotní péče může být způsobena nejen nenáležitými zaviněnými jednáními lékaře, nýbrž i omylnými jednáními v dobré víře. Tento moment je nutno považovat za klíčový nejen z hlediska právní kvalifikace činnosti lékaře v rámci soudního řízení a právní odpovědnosti, nýbrž i z pozice prevence podobných nepříznivých výsledků v budoucnu.

Právě ve vytvoření účinných mechanismů kontroly a řízení subjektivních faktorů v rámci zdravotnické činnosti spočívá klíč k další cestě zvyšování kvality poskytované lékařské péče. Současné mechanismy kontroly kvality zdravotnické služby ve zdravotnickém systému na jejím “vstupu” a “výstupu” jsou prakticky na hranici svého maximálního potenciálu. Je možno dosáhnout úrovně materiálně technického vybavení zdravotnického zařízení v souladu s moderními standardy,

jakož i atestace u všech lékařů, čímž lze zajistit kvalitní “vstup” posuzovaného systému. Je možno dále vést přesnou statistiku nepříznivých výsledků léčby, komplikací, nozokomiálních infekcí, hodnotit úroveň spokojenosti pacientů s kvalitou služeb a tím zajistit efektivní kontrolu systému na jejím “výstupu”. Nicméně chybní náležitá procesní kontroly uvnitř systému poskytování zdravotních služeb bude vést k přetrvávání problémů spojených s takzvaným “lidským faktorem”.

Dle našeho názoru podstatnou součástí procesního přístupu k řízení kvality zdravotní péče zaměřeného na prevenci nepříznivých výsledků léčby musí být náležitá analýza příčin “selhání lidského faktoru” v rámci posuzovaných situací, totiž nesprávných jednání lékaře v dobré víře založených na omylu.

KAPITOLA 6. POSOUZENÍ A HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ ZNALECKÉ ANALÝZY V RÁMCI TRESTNĚPRÁVNÍCH A OBČANSKOPRÁVNÍCH PŘÍPADŮ

§ 6.1. Posouzení a hodnocení věrohodnosti znaleckého posudku.

Hodnocení věrohodnosti znaleckého posudku je jedním ze složitých úkolů subjektů dokazování v rámci trestněprávního a občanskoprávního řízení podle případů zavinění zdravotnickými pracovníky újmy na zdraví nebo úmrtí pacienta. Složitost problému spočívá zejména v tom, že hodnocení věrohodnosti je uskutečňováno v rámci různých gnoseologických modelů účastníků řízení a vyžaduje použití nejenom právních, nýbrž i odborných medicínských znalostí.

Právě při posuzování věrohodnosti závěrů znalce má zvláštní význam role poradce - odborníka disponujícího potřebnou profesionální erudicí v medicíně. Právník se zpravidla setkává se značnými obtížemi a často není schopen adekvátně zhodnotit ani vědeckou opodstatněnost závěrů, ani správnost analytických myšlenkových pochodů znalce, ani spolehlivost použitých zdrojů informace, protože pro náležitá hodnocení potřebuje skoro stejné odborné znalosti a vědomosti, jako znalec samotný, který posudek vyhotovil.

Věrohodnost odborných poznatků týkajících se okolností zkoumaného případu je takovou úrovní znalostí, která je charakterizována spolehlivostí a jednoznačností, tedy možností učinit jedinečně správný závěr o posuzované skutečnosti v rámci tohoto případu. Pojem věrohodnosti znaleckého posudku jako důkazů není rovnoznačný pojmu pravdivosti. Pravdivost charakterizuje určitý poznatek z pozice jeho souladu s objektivní realitou dle svého obsahu, když věrohodnost charakterizuje tento soulad z hlediska formy, totiž z pozice spolehlivosti a opodstatněnosti. Věrohodný je odborný poznatek, v jehož pravdivosti se dá přesvědčit.

Znalecký posudek je možno hodnotit jako věrohodný, jestli kategorická tvrzení znalce jsou doprovázena náležitým (jednoznačným a spolehlivým) odborným opodstatněním jejich pravdivosti, které tedy nenechává „analytické mezery“ („analytical gap“ v americké judikatuře) a otevřené otázky vyžadující další odborné prokazování, a proto zákonitě vyvolává u posuzující osoby subjektivní jistotu, vnitřní přesvědčení v pravdivosti těchto tvrzení. Naopak, posudek není věrohodný, jestli z obsahu znalecké analýzy lze vyvést jenom částečné, nejednoznačné nebo nespolehlivé odborné opodstatnění pravdivosti závěrů, což nechává otevřené otázky vyžadující další odborné prokazování, a proto zákonitě vyvolává u posuzující osoby subjektivní nejistotu, předpoklad možnosti, že tyto závěry mohou být vyvráceny dalšími důkazy.

Z uvedeného vyplývá, že pravdivé znalecké závěry mohou být jak věrohodné (totiž jednoznačně a spolehlivě opodstatněné, náležitě odborně prokázané), tak i nevěrohodné, stejně jako nepravdivá tvrzení mohou být odborně prokázána do úrovně dostatečné pro vznik vnitřního přesvědčení posuzující osoby v jejich pravdivosti (takzvaný „věrohodný“ omyl znalce). Ve své praxi právníci spoléhají při posuzování odborných medicínských otázek na názor znalce uvedený v závěrech posudku.

Znalec je nepodjatou osobou, která disponuje potřebnými odbornými znalostmi umožňujícími získání odpovědí na otázky zásadní pro správné

rozhodnutí. Avšak je zapotřebí pamatovat důležitou skutečnost, že znalec v rámci svého zkoumání má k dispozici jako faktický podklad nikoli příznaky reálného jevu, nýbrž pouze jejich “odraz”, totiž nikoli klinickou situaci poskytování lékařské péče pacientovi, nýbrž informace o dotyčné situaci obsažené ve zdravotnické dokumentaci. Vzhledem k možnosti rozdílné kvality této dokumentace v různých případech a v různých zdravotnických zařízeních existuje určitá pravděpodobnost uvedených omylů znalce v dobré víře.

Zdravotnická dokumentace jako základní podklad pro věrohodné znalecké závěry může mít význam jako listinný a věcný důkaz. V roli listinného důkazu je zejména zdrojem relevantních informací o klinickém průběhu, dynamice onemocnění, jeho symptomech, vedlejší patologii, faktorech ovlivňujících výsledek léčení a taktiku zdravotnických pracovníků, etapách procesu vyšetření a provedených diagnostických opatřeních, průběhu léčení, atd. Pokud zdravotnická dokumentace obsahuje příznaky oprav, odstraňování údajů, padělání záznamů, byla objektem jiných protiprávních činů, pak je navíc věcným důkazem.

Za náležitý podklad pro účely znalecké analýzy může být považována pouze zdravotnická dokumentace, v níž zápis byl veden průkazně, pravdivě a čitelně, byl průběžně doplňován a je opatřen datem zápisu, identifikací a podpisem osoby, která zápis provedla. Opravy ve zdravotnické dokumentaci se provádí novým zápisem s uvedením dne opravy, identifikací a podpisem osoby, která opravu provedla. Původní záznam musí zůstat čitelný. Detailní popis nároků na obsah a kvalitu zdravotnické dokumentace jsou vyloženy ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, v platném znění.

Právě informace získané znalcem ze zdravotnické dokumentace jsou podkladem pro posouzení charakteru diagnostických a léčebných opatření v souladu s kritérii správnosti, úplnosti, včasnosti a adekvátnosti. Navíc tyto informace umožňují hodnotit situační podmínky, za nichž jednal lékař. Stejně důležitá je možnost analyzovat a posuzovat chod uvažování lékaře v rámci diferenciální diagnostiky a dospívání ke klinické diagnóze onemocnění. Význam

těchto informací spočívá navíc v tom, že na jejich základě znalec je schopen do určité míry posoudit charakter subjektivní stránky jednání zdravotnického pracovníka v konkrétní klinické situaci.

Kromě výpisů z chorobopisu a ambulantní karty pro úplnost znaleckého zkoumání a spolehlivost učiněných na jeho základě závěrů mají význam i jiné spisovné materiály. Mohou to být výsledky toxikologických vyšetření, popis histologického materiálu, pitevních patologoanatomických a soudně lékařských protokolů aj. Poslední mají zvláštní význam pro znalce, protože poskytují věrohodnou informaci o morfologickém obrazu onemocnění a jeho substrátu, o skutečné diagnóze a její schodě s klinickou diagnózou, o komplikacích a vedlejší patologii, o bezprostřední příčině úmrtí pacienta, tedy napomáhají znalci v odhalování a posuzování celého komplexu faktorů, které působily v konkrétní situaci vzniku nepříznivého výsledku léčby.

Při hodnocení právníky věrohodnosti znaleckého posudku posouzení tohoto důkazu se uskutečňuje nikoli z procesuálního (jako při hodnocení přípustnosti), ale z obsahového hlediska. Tady pro pochopení mechanismu nabytí znaleckými závěry jako druhem důkazní informace věrohodnosti je důležité zdůraznit úlohu kvality zdrojů získání znalcem výchozí informace a metodologické bezúhonnosti její zpracovávání v rámci zkoumání objektu, což může být dosaženo za použitím navržené námi metodiky znalecké analýzy.

Algoritmus posouzení věrohodnosti znaleckého posudku má zahrnovat následující posloupnost opatření:

- a) posuzování způsobilosti znalce v konkrétní oblasti medicíny;
- b) posuzování charakteru a podmínek získání znalcem výchozí informace;
- c) posuzování metodologické bezúhonnosti znalecké analýzy (důslednost a úplnost výkladu relevantních informací, nepřítomnost rozporů a “analytických mezer”, vědecká opodstatněnost závěrů a tak dále);
- d) porovnávání informací vyložených ve znaleckém posudku s informacemi z jiných procesních zdrojů (dalších důkazů).

V rámci hodnocení věrohodnosti znaleckého posudku má velký význam otázka poměru kategorických a pravděpodobnostních závěrů znalce. V praxi pravděpodobnostní znalecké závěry jsou dost časté. Je důležité poznamenat, že věrohodnost závěrů v posudku má obsahový, nikoli formální charakter. Pro formální věrohodnost je charakteristická přítomnost předem zadaných předpokladů, jejichž pravdivost se nemusí prokazovat. Při formulaci znaleckých závěrů je těžce (jestli vůbec možno) zadat empirický poznatek (hlavní předpoklad sylogismu) jako axiom, ze kterého by se dalo vyvést zákonitou tezi (závěr) přes vedlejší předpoklad.

Obsahová věrohodnost se dosahuje cestou induktivního zdůvodňování, tedy za použitím znalcem mnohokrát prověřených vědou a praxí metod zkoumání, analýzy a interpretace výsledků. Stejnému cíli slouží i explicitní definice jednotlivých kritérií znalecké analýzy. Metodologický přínos použití přesných definicí analytických kritérií spočívá zejména v dosažení určitosti obsahu znaleckého zkoumání, relevantnějšího posouzení objektivní reality.

Je důležité zdůraznit význam subjektivního faktoru (vnitřního přesvědčení znalce) v mechanismu vytváření obsahově věrohodných závěrů. A.Ardaškin [2001] uvádí: “Co se týče obsahu závěrů, pokud v nich vysoká stupeň pravděpodobnosti podle přesvědčení znalce přerostla ve věrohodnost, tak musejí být vyloženy v kategorické formě, která má vyjádřit toto přesvědčení znalce a sloužit zárukou spolehlivosti jeho závěrů pro soud”. Tady autor navazuje poskytnutí věrohodných závěrů na vnitřní přesvědčení znalce.

Závěry znalce jsou odbornými metodologicky a vědecky opodstatněnými odpověďmi na položené otázky, které jsou formulovány na základě:

- a) objektivních údajů stanovených v procesu zkoumání objektu;
- b) znalecké analýzy pode materiálů soudního případu;
- c) intuitivně syntetických úsudků a vnitřního přesvědčení znalce.

Tady vnitřní přesvědčení znalce je jedním ze základů formulace věrohodných závěrů. Pokud možnosti současné medicínské vědy nebo charakter zkoumaného

objektu neumožňují kategorický závěr, znalec je oprávněn k učinění závěru v pravděpodobnostní formě nebo dokonce k odmítnutí odpovědi na otázku.

Při hodnocení věrohodnosti znaleckého posudku podstatný význam má poměr pojmů pravděpodobnosti a možnosti. Existuje určitá logická hranice mezi pravděpodobnostním úsudkem a úsudkem o možnosti. Jestli pravděpodobnostní úsudek stojí proti kategorickému úsudku a liší se od něho charakterem poznatku v něm vyjádřeného, pak úsudek o možnosti určuje charakter vztahů mezi objektem a jeho příznaky.

Z hlediska náležitého vědeckého opodstatnění formulace znaleckých závěrů s použitím kategorie možnosti musí být používána pouze v případech nepřítomnosti způsobů kvantitativní charakteristiky posuzovaného příznaku. Tedy objektivní posouzení charakteru souvislosti mezi činnostmi zdravotnických pracovníků a výsledkem onemocnění může vyžadovat například určité statistické informace o míře rizika jednotlivých lékařských zákroků, kvantitativní hodnocení vlivu na výsledek léčby jednotlivých faktorů.

Současně při hodnocení věrohodnosti znaleckých posudků subjekty dokazování se nevyhnutelně potkávají se závěry o možnosti a pravděpodobnosti. Kritický vztah subjektů dokazování k podobným závěrům je dost často spojen s nepřítomností kvantitativního hodnocení možnosti výskytu určitých událostí v medicíně. Zavedení do znalecké praxe kvantitativních a statistických metod, využití takzvaných “evidence-based” informací je jednou z možných cest řešení problému.

§ 6.2. Posouzení a hodnocení vztažnosti a přípustnosti znaleckého posudku.

Hodnocení vztažnosti je dalším důležitým prvkem soudního hodnocení znaleckého posudku jako důkazů v rámci trestněprávního nebo občanskoprávního případu souvisejícího s nedodržením povinností zdravotnických pracovníků a zaviněním újmy na zdraví nebo úmrtí pacienta. Za vztažnost se pokládá určitý vztah důkazu k předmětu dokazování, který charakterizuje důkaz z hlediska

procesuálního významu jeho obsahu. Gnoseologický požadavek k obsahu vztažného důkazu spočívá v tom, že musí mít charakteristiky objektu poznávání, totiž být jeho informačním ekvivalentem. Tato gnoseologická stránka je vzata v úvahu procesuálními pravidly vztažnosti v rámci trestněprávního a občanskoprávního řízení.

Tedy vztažnost znaleckého posudku jako důkazu je určena přítomností podstatné souvislosti mezi obsahem faktických údajů vyložených v něm a skutečnostmi významnými pro správné rozhodnutí ve věci, které musejí být zjištěny v rámci řízení. Za vztažný důkaz v trestním řízení je považován jenom ten důkaz, který přímo či nepřímo může přispět k objasnění věci (odst. 2 § 89 trestního řádu). V občanskoprávním řízení za důkaz mohou sloužit všechny prostředky, jimiž lze zjistit stav věci (§ 125 občanského soudního řádu).

Vztažnost znaleckého posudku je bezpochybná v případech, kdy skutečnosti zjištěné v rámci znaleckého zkoumání patří do předmětu dokazování. V dalších případech znalecké zkoumání se může týkat skutečností, které nemají samostatný právní význam, ale slouží jako prostředky ke zjištění jiných skutečností patřících do předmětu dokazování. Úkoly znalce se vymezují opatřením orgánu, jenž v řízení ustanovil znalce, formou otázek tak, aby se znalec zabýval jen takovými skutečnostmi, k jejichž posouzení je třeba jeho odborných znalostí. Podle názoru odborníků, pokud během zkoumání znalec zjistí okolnosti důležité pro případ, ohledně nichž nebyly položeny otázky, tak je oprávněn uvést tuto okolnost ve svém posudku. Ovšem to neznamena, že znalci přísluší provádět hodnocení důkazů a řešit právní otázky. Taková činnost je zakázána podle § 107 odst. 1 trestního řádu. Iniciativu při zkoumání okolností, ohledně nichž mu nebyly položeny otázky, může znalec projevit pouze po vykonání nařízených úkolů.

Z formálního hlediska procedura znaleckého zkoumání se musí uskutečňovat za podmínky dodržování určitých procesních norem. Přibírání znalce a provádění znaleckého zkoumání je zvláštním způsobem shromažďování a prověřování informací odborného charakteru v rámci občanskoprávního nebo trestněprávního

řízení, který za přítomnosti řady procesních garancí zabezpečuje spolehlivost faktických údajů vyložených ve znaleckém posudku potřebnou pro náležité dokazování ve věci.

V této souvislosti lze uvést jako příklady dotyčných procesních garancí nezbytnost vydání orgánem činným v trestním řízení (soudem v občanskoprávním řízení) zvláštního procesního rozhodnutí (opatření o přibrání znalce), právo stran se vyrozumět před soudem o přibrání znalce, určitý systém kritérií hodnocení znaleckého posudku jako soudního důkazu (§ 105 trestního řádu). Nepřítomnost podobných garancí v případě jiných písemných důkazů (například odborného vyjádření) svědčí o nepřípustnosti záměny znaleckého posudku v soudních případech jiným důkazem.

Tedy jednoznačně záporně musí znít odpověď na otázku možnosti v soudních případech zavinění újmy na zdraví pacienta při poskytování zdravotnické péče nahradit znalecký posudek odborným vyjádřením, jak je to uvedeno v občanském soudním řádu: “Místo posudku znalce lze použít potvrzení nebo odborné vyjádření, o jejichž správnosti nemá soud pochybnosti”.

Procesní postavení znalce a odborníka jsou naprosto odlišná, což spočívá v různých funkcích v řízení, právech a povinnostech, v rozdílném procesuálním statusu důkazů získaných od dotyčných subjektů. Tedy výše uvedený odstavec občanského soudního řádu se může uplatňovat pouze ve specifických jednoduchých případech, například za odborné vyjádření může být považována lékařská zpráva o ošetření úrazu (poranění) poškozeného na pohotovosti, zpráva o provedeném měření hladiny alkoholu v krvi apod.; prostě tam, kde je nutné pouhé konstatování přítomnosti konkrétní skutečnosti odborného rázu, nevyžadující odborné zkoumání, jehož forma, průběh a výsledky jsou zajištěny procesuálními normami občanskoprávního řízení.

Při hodnocení vztažnosti znaleckého posudku jako důkazu podstatný význam mají jak formální, tak i obsahová stránka. Otázku vztažnosti znaleckého posudku je zapotřebí prozkoumat z hlediska faktorů, které mohou přispívat

k závěru o tom, že některá část znaleckého posudku (nebo zřídka posudek jako celek) nemají vztah ke skutečnostem, jež musejí být prokázány. Tyto faktory lze rozdělit na dvě skupiny:

a) vnitřní, které jsou podmíněny procesy uvnitř systému „osoba, která rozhoduje o přibrání znalce – soudní znalec“;

b) vnější, které jsou podmíněny procesy nezávislými buď na osobě rozhodující o přibrání znalce, nebo na soudním znalci.

Pokud jde o vnitřní faktory, pak není třeba analyzovat činnost osoby přibírající znalce v soudním řízení, protože tato osoba opodstatněně považuje otázky, které klade před znalcem, za vztahující k okolnostem konkrétního případu. Někdy se stává, že položené otázky jsou mimo rámec kompetence znalce, ale to patří ke sféře hodnocení přípustnosti znaleckého posudku. Při hodnocení vztažnosti posudku je nutno si všimnout jednotlivých opatření znalce, která může učinit v rámci zkoumání případu, dělat záznamy v posudku na jejich základě, avšak tato opatření nemají vztah ke skutečnostem podléhajícím prokazování. Tato opatření mohou být dvou druhů:

a) opatření související se zaměřeným zkoumáním objektu znalecké analýzy;

b) opatření nesouvisející se zaměřeným zkoumáním objektu znalecké analýzy.

Například při zaměřeném zkoumání objektu znalec může zjistit informace, které nemají vztah ke skutečnostem podléhajícím prokazování. Znalec může detailně na několika stránkách uvést zvláštnosti rodinné anamnézy, průběh dětských onemocnění, seznam výsledků desítek nespecifických laboratorních vyšetření v průběhu celého života pacienta, přičemž má odpovědět na konkrétní otázku o včasnosti diagnostiky plicní tromboembolie, nebo adekvátnosti medikace v rámci léčby základního onemocnění. Tyto podrobně popsané detaily mohou být přítomny ve znaleckém posudku, nemají však vztah ke skutečnostem, které musejí být prokázány v rámci trestního nebo občanskoprávního řízení.

Opatření nesouvisející se zaměřeným zkoumáním objektu znaleckého posouzení mohou mít vědecký nebo klinický význam, ale spolu s tím nebýt

důležitými pro řešení v rámci zkoumaného případu. Například pro odůvodnění znaleckých závěrů nestačí jenom odkaz na originální výsledky vlastní vědecké práce znalce nebo jeho bohaté praktické zkušenosti v určité oblasti medicíny, nýbrž jsou nutná potvrzení z obecně uznávaných zdrojů v této oblasti.

Vnější faktory podmíněné procesy nezávislymi na osobě rozhodující o přibrání znalce a na soudním znalci mohou být v souvislosti s jednáním třetích osob nebo s vlivem prostředí. Zpravidla v tomto případě jde o kvalitu materiálu, který znalec zkoumá při vyhotovení posudku. Zdravotnická dokumentace nemusí obsahovat informace vztahující se ke skutečnostem podléhajícím prokazování, nebo tato informace může být nesprávná, neúplná, zkreslená, atd. Může se stát, že znalec nemá přístup k celému rozsahu požadovaných údajů. Zdravotní stav pacienta v době znaleckého vyšetření se může značně lišit od stavu v době vzniku nepříznivého výsledku léčení. Všechny tyto skutečnosti mohou značně ovlivňovat vztažnost údajů získaných znalcem v době vyhotovení posudku.

Tedy pro hodnocení vztažnosti znaleckého posudku subjekt dokazování potřebuje vyloučit přítomnost faktorů, jejichž vliv může vést k uznání znaleckého posudku jako celku nebo jeho jednotlivých částí za nevztažné. Totiž vyloučit působení vnitřních faktorů, které jsou podmíněny procesy uvnitř systému „osoba, která rozhoduje o přibrání znalce – soudní znalec“ (opatření související a nesouvisející se zaměřeným zkoumáním objektu znalecké analýzy), a vnějších faktorů, které jsou podmíněny procesy nezávislymi buď na osobě rozhodující o přibrání znalce, nebo na soudním znalci (faktory související s jednáním třetích osob nebo vlivem prostředí). Konečným krokem v rámci hodnocení vztažnosti znaleckého posudku je posouzení významu skutečností, které musejí být zjištěny za pomoci znalce, pro řešení konkrétního případu, jakož i posouzení významu znaleckého posudku pro stanovení dotyčných skutečností.

Přípustnost důkazu je soulad důkazu s požadavky zákona z hlediska procesních zdrojů důkazní informace a způsobů její získávání a fixaci v soudních materiálech. Přípustnost charakterizuje důkaz z hlediska formy, uznává význam

jenom důkazů získaných za podmínek dodržování procesního zákona. V souladu s § 89 odst. 3 trestního řádu důkaz získaný nezákonným donucením nebo hrozbou takového donucení nesmí být použit v řízení s výjimkou případu, kdy se použije jako důkaz proti osobě, která takového donucení nebo hrozby donucení použila. Nepřípustný důkaz nemá právní silu, nemůže být používán k prokazování kterékoliv ze skutečností uvedených v § 89 odst. 1 trestního řádu.

Požadavek přípustnosti zabezpečuje dodržování pravidel sbírání a prověřování údajů a za určitých podmínek může být zárukou věrohodnosti důkazu. Například nepodjatost znalce, jenž je přibírán k posouzení, je požadavkem přípustnosti, ale zabezpečuje také nestranný přístup ke zkoumání, totiž konečnou věrohodnost jeho výsledků. Za kritéria přípustnosti znaleckého posudku se považují následující:

- a) nezávislost soudního znalce;
- b) kompetentnost soudního znalce;
- c) objektivita, všestrannost, úplnost zkoumání znalce;
- d) dodržování procesního řádu přibírání znalce a provádění znaleckého zkoumání;
- e) dodržování práv a svobod člověka a občana při přibírání znalce a provádění znaleckého zkoumání.

Nezávislost soudního znalce. V § 105 odst. 2 trestního řádu spolu s obecnými důvody pro odvod subjektů trestního řízení nazvanými v § 30 trestního řádu je stanoveno: „Při výběru osoby, která má být jako znalec přibrána, je třeba přihlížet k důvodům, pro které podle zvláštního zákona je znalec z podání znaleckého posudku vyloučen. Při vyžadování odborného vyjádření orgán činný v trestním řízení zváží, zda osoba, od níž odborné vyjádření vyžaduje, s ohledem na svůj poměr k obviněnému, jiným osobám zúčastněným na trestním řízení nebo poměr k věci není podjatá“.

V § 11 zákona č. 36/1967 Sb., o znalcích a tlumočnících, ve znění pozdějších změn, je uvedeno, že znalec nesmí podat posudek, jestliže lze mít pro

jeho poměr k věci, k orgánům provádějícím řízení, k účastníkům nebo k jejich zástupcům pochybnost o jeho nepodjatosti. Jakmile se znalec dozví o skutečnostech, pro které je vyloučen, oznámí to neprodleně; stejnou povinnost mají i účastníci řízení. O tom, zda znalec je vyloučen, rozhoduje orgán, který jej pro podání posudku ustanovil.

Na základě uvedených norem lze zformulovat kritéria nezávislosti znalce:

a) nepřítomnost jakékoliv závislosti na úředních, právnických, fyzických osobách, které jsou zúčastněny konkrétního trestního nebo občanskoprávního řízení, nebo mají zájem o výsledek znaleckého zkoumání;

b) vyhotovení znaleckého posudku jenom na základě výsledků provedených zkoumání ve shodě se svými speciálními znalostmi v určité oblasti medicíny;

c) zákaz ovlivňování znalce ze strany úředních, právnických, fyzických osob, které jsou zúčastněny konkrétního trestního nebo občanskoprávního řízení, nebo mají zájem o výsledek znaleckého zkoumání;

d) reálná možnost účastníků řízení podílet se na proceduře výběru a vyloučení soudního znalce;

e) transparentnost údajů o odměně znalce za podání posudku.

Kompetentnost znalce je jedním z nejdůležitějších kritérií při hodnocení přípustnosti znaleckého posudku. Formální znak kompetence je popsán v § 4 zákona o znalcích a tlumočnících: „Jmenovat znalcem lze toho, kdo:

a) je českým státním občanem;

b) má potřebné znalosti a zkušenosti z oboru, v němž má jako znalec působit, především toho, kdo absolvoval speciální výuku pro znaleckou činnost, jde-li o jmenování pro obor, v němž je taková výuka zavedena;

c) má takové osobní vlastnosti, které dávají předpoklad pro to, že znaleckou činnost může řádně vykonávat;

d) se jmenováním souhlasí”.

Nedodržování rámce kompetencí znalce se může projevat různými způsoby. Zjevnou variantou jsou případy, když znalec nemá odborné znalosti

v určité oblasti medicíny, ale odpovídá na otázky z této oblasti. Například v rámci posouzení klinické situace nepříznivého výsledku operačního zákroku znalec z oboru chirurgie odpovídá na otázky týkající se dostatečnosti anesteziologické medikace. Jsou možné případy, kdy na léčení pacienta současně podíleli lékaři z několika oborů, tedy hodnocení správnosti, úplnosti, včasnosti jejich diagnostických a léčebných opatření přesahuje rámec kompetence kteréhokoli jednotlivého znalce.

V současnosti proces poskytování zdravotnické péče pacientovi má komplexní charakter, tedy často zahrnuje profesionální opatření několika lékařů s různou odborností. Například do účasti na složitých operacích orgánů dutiny břišní a malé pánve mohou být zapojeny najednou chirurg, urolog, gynekolog, proktolog a anesteziolog. Pro náležitou znaleckou analýzu podobné klinické situace znalosti jednoho znalce zřejmě nepostačí.

Podle zákona znalec může zapojovat do své práce konzultanty, nicméně dle našeho názoru dotyčné právo znalec může realizovat pouze ve svém oboru - například využít konzultace lékaře ze stejného oboru, který má ve své praxi větší zkušenosti s použitím složitého operačního postupu, nového zdravotnického přístroje nebo léku, apod. Nicméně pro zpracování kvalitního posudku v "multioborových" případech je zapotřebí spolupráce komise znalců z patřičných oborů. V jiném případě znalecký posudek nebude odpovídat kritériu přípustnosti.

Obsahově do odborné kompetence znalce patří:

a) dostatečné osobní praktické zkušenosti v provádění jednotlivých léčebných zásahů, v používání moderních přístrojů a technologií, nových léků, operačních metod apod.;

b) dostatečné znalosti odborné (vědecké) a metodické literatury včetně zahraniční, v níž jsou vyloženy světové zkušenosti a názory na problém;

c) dostatečné znalosti a zkušenosti z obecné metodologie vědeckého zkoumání a metodologie znalecké analýzy.

Objektivita, všestrannost, úplnost zkoumání znalce. Dle § 13 odst. 2 vyhlášky Ministerstva spravedlnosti k provedení zákona o znalcích a tlumočnících č. 37/1967 Sb., ze dne 17. dubna 1967, v pozdějších zněních, znalec musí uvést v posudku “popis zkoumaného materiálu, popřípadě jevů, souhrn skutečností, k nimž při úkonu přihlížel, a výčet otázek, na které má odpovědět, s odpověďmi na tyto otázky”. Znalecký posudek se musí zakládat na ustanoveních, které lze prověřit z pozic opodstatněnosti a spolehlivosti udělaných závěrů na základě obecně uznávaných a přístupných vědeckých a praktických medicínských údajů.

Pro zabezpečení objektivity znaleckého zkoumání procesní zákon poskytuje znalci dost velká práva. Dle § 107 trestního řádu znalci, který je pověřen úkonem, se poskytnou potřebná vysvětlení ze spisů. Je-li toho k podání posudku třeba, dovolí se znalci nahlédnout do spisů nebo se mu spisy zapůjčí. Může mu být též dovoleno, aby byl přítomen při výslechu obviněného a svědků a aby jim kladl otázky vztahující se na předmět znaleckého vyšetřování. V odůvodněných případech se znalci umožní, aby se zúčastnil provedení i jiného úkonu trestního řízení, pokud takový úkon má význam pro vypracování znaleckého posudku. Znalec může též navrhnout, aby byly jinými důkazy napřed objasněny okolnosti potřebné k podání posudku. Znalec přibráný k podání znaleckého posudku o příčině smrti nebo o zdravotním stavu zemřelé osoby je oprávněn vyžadovat zdravotnickou dokumentaci týkající se takové osoby; v ostatních případech může zdravotnickou dokumentaci vyžadovat za podmínek stanovených zvláštním zákonem.

Objektivita znaleckého zkoumání se dosahuje při podrobném vyložení chodu znalecké analýzy. K zabezpečení objektivity znaleckého posudku je nezbytné dodržování následujících požadavků:

a) výklad obsahu a výsledků znaleckého zkoumání s potvrzením a objasněním každé skutečnosti zjištěné znalcem jenom údaji získanými v průběhu zkoumání na základě stanovení současné vědy a medicínské praxe;

- b) provádění zkoumání přísně na základě metodologie znalecké analýzy;
- c) formulování závěrů na základě uvažování, která dávají možnost prověřit opodstatněnost a věrohodnost udělaných závěrů;
- d) nerušená realizace procesního postavení znalce;
- e) přidání kolegiálních prvků do znaleckého zkoumání v nezbytných případech.

Odůvodněnost závěrů předpokládá potvrzení a objasnění každé skutečnosti zjištěné znalcem jenom údaji získanými v průběhu zkoumání a ustanoveními současné vědy a medicínské praxe. Logická posloupnost spočívá v nepřítomnosti rozporů v obsahu znaleckého bádání a závěrů. Úplnost posudku je spojena s dodržováním všech předpisů patřičných pravidel zkoumání konkrétních objektů a s formulováním odpovědí na všechny položené otázky. Jasnost výkladu vyžaduje vyloučení z textu posudku odborných termínů. Při nezbytnosti jejich použití smysl každého termínu musí být objasněn obyčejným jazykem. Jednoznačnost znamená takový výklad informace, který vylučuje mnohoznačnost jeho pojetí. Vědecká opodstatněnost znaleckého posudku se právem počítá za jeden z rozhodujících momentů při hodnocení daného důkazu. Znalecké závěry musejí odpovídat provedenému bádání. Mezi jeho obsahem a závěry musí být přítomná vnitřní logická souvislost. Prozkoumaný materiál musí být dostatečným pro učiněné závěry. Nepřítomnost vědecké opodstatněnosti posudku slouží za dostatečný podklad pro negativní hodnocení výsledků znalecké práce.

Dodržování procesního řádu přibírání znalce a provádění znaleckého zkoumání se zabezpečuje:

- a) dodržováním procesního řádu přípravy a poskytování materiálů (zdravotnické dokumentace) znalci ke zkoumání a posouzení;
- b) dodržováním procesního řádu provádění znalecké expertizy a přidávání znaleckého posudku k soudním materiálům;

c) realizací principu volného hodnocení znaleckého posudku orgánem činnem v trestním řízení (soudem), totiž žádný důkaz nemá předem stanovenou sílu a význam.

Dodržování práv a svobod člověka a občana při přibírání znalce a provádění znaleckého zkoumání. Toto kritérium přípustnosti znaleckého posudku obsahuje tři základní prvky:

a) dodržování ústavních práv a svobod člověka a občana;

b) dodržování základních principů trestního řádu;

c) dodržování norem zaměřených na ochranu práv a svobod člověka stanovených v zákonech a jiných právních aktech.

Dle článku 10 Listiny základních práv a svobod má každý právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno, každý má právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a osobního života, každý má právo na ochranu před neoprávněným shromažďováním, zveřejňováním nebo jiným zneužíváním údajů o své osobě. V souladu s Ústavou je Česká republika svrchovaný, jednotný a demokratický právní stát založený na úctě k právům a svobodám člověka a občana.

Tento základní princip dodržování práv a svobod člověka a občana je uveden v § 2 odst. 4 trestního řádu: „Trestní věci musí projednávat s plným šetřením práv a svobod zaručených Listinou základních práv a svobod a mezinárodními smlouvami o lidských právech a základních svobodách, jimiž je Česká republika vázána; při provádění úkonů trestního řízení lze do těchto práv osob, jichž se takové úkony dotýkají, zasahovat jen v odůvodněných případech na základě zákona a v nezbytné míře pro zajištění účelu trestního řízení“.

K důležitým institutům realizace daného principu v případě přibírání znalce a provádění znaleckého zkoumání patří podmínky a místo provedení znaleckého posouzení fyzických osob (pacientů v případě nepříznivého výsledku léčby), dobrovolnost a donucení při provádění znaleckého posouzení, důvody a pořádek umístění fyzické osoby ve zdravotnické zařízení z posudkových účelů, garance

práv a zákonných zájmů fyzických osob při provádění znaleckého posouzení, podmínky a garance práv fyzických osob při psychiatrickém znaleckém posouzení.

Závěrem je zapotřebí zdůraznit, že hodnocení vztažnosti a přípustnosti znaleckého posudku podle materiálů trestněprávních a občanskoprávních věcí souvisejících s nedodrčováním povinností zdravotnických pracovníků je zodpovědnou a složitou etapou činnosti subjektů dokazování, která vyžaduje vysokou úroveň kompetentnosti a dobré znalosti principů a metodologie právní analýzy zdravotnické činnosti v případě nepříznivého výsledku léčby.

ZÁVĚR

Metodologie znalecké analýzy dle materiálů trestněprávních a občanskoprávních soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby představuje důležitý problém z hlediska zabezpečení všestrannosti, úplnosti a objektivity zkoumání, spolehlivosti a opodstatněnosti závěrů, přípustnosti, vztažnosti a věrohodnosti znaleckých posudků jako důkazů [D.A. Krauss, B.D. Sales, 2001; S.K. Ivkovic, V.P. Hans, 2003; McLain, Lynn, 2003; A. Bradáč, 2004; Колкутин В.В., Соседко Ю.И., Гурочкин Ю.Д., 2003; Пашиных Г.А. и др., 2003]. Proto trvá zájem k tomuto problému jak ze strany tuzemských [A. Bradáč, J. Kledus, P. Krejčíř a kol., 2004; J. Štefan, J. Mach, 2005; P. Vantuch, 2006; M. Fryšták, Z. Krejčí, 2009; J. Musil, 2010], tak i zahraničních vědců [M. Wehner, 2002; L. Noah, 2002; J.M. Freeman, K.B. Nelson, 2004; J. Schofferman, 2007; K. Pyrek, 2007; K. Ulsenheimer, 2011].

Složitost znaleckých posudků „lékařských“ případů, růst jejich počtu, nepřítomnost jednotného metodologického přístupu k uskutečňování, jakož i jejich obtížné prověření a hodnocení orgány činnými v trestním řízení a soudem, určují nezbytnost dalšího výzkumu zejména obsahové stránky znaleckého zkoumání [R. Kluge, R. Koob, 2001; C.B. Hammond, P.A. Schwartz, 2005; A.R. Vaccaro, J.A. Rihn, D.F. Ryan et al., 2010; Пиголкин Ю.И. с соавт., 2003].

Z metodologického hlediska analytické zkoumání objektu by mělo vždy předcházet induktivnímu zobecňování [G.J. Todaro, 1998; J. Reed, 1999; M.J. Saks, 2000; K.S. Keller, 2001; D.W. Shuman, 2001]. Nicméně vědecké práce věnované otázce analytického zkoumání objektu v soudní znalecké praxi ve zdravotnictví jsou ojedinělé, chybí v nich definice pojmu a metodologie znalecké analýzy, není přítomna charakteristika objektu, předmětu, cíle a úkolů, nejsou uvedeny metodiky, kritéria a algoritmy analytického zkoumání, není přítomen jednotný přístup ke stanovení příčinné souvislosti mezi jednáním zdravotnického pracovníka a újmou na zdraví pacienta [K.S. Cohen, 2007; P. Hookman, 2008; P. Hookman, 2009; F.W. Draper, 2010]. Uvedené určilo aktuálnost tohoto výzkumu a umožnilo formulaci cíle a úkolů studie.

Cílem studie bylo vypracování metodiky znalecké analýzy, zajišťující všestrannost, úplnost a objektivnost zkoumání znalce podle materiálů trestněprávních a občanskoprávních soudních případů, spojených s nepříznivým výsledkem léčby a nenáležitým plněním profesních povinností zdravotnickými pracovníky.

K dosažení uvedeného cíle byly stanoveny následující úkoly studia:

- vypracovat program a metodiku zkoumání obsahové stránky znaleckých posudků uvedené kategorie (karta analýzy znaleckého posudku);
- vytvořit dotazník a analyzovat názory zdravotnických pracovníků a právníků se specializací v medicínském právu na základní problémy obsahové stránky znaleckého posudku uvedené kategorie;
- formulovat pojmový aparát znalecké analýzy (objekt, předmět, cíl, úkoly);
- prozkoumat právní a organizační aspekty přibrání znalce, formulování znaleckého úkolu, procedury znaleckého zkoumání a vyhotovení znaleckého posudku dle materiálů případů uvedené kategorie;
- zjistit charakter a vlastnosti myšlenkové činnosti znalců při zkoumání materiálů případů uvedené kategorie, prozkoumat způsob analýzy a uvádění ve znaleckých posudcích údajů o skutečnostech vztažených ke kvalitě poskytnuté zdravotní péče a vzniku nepříznivého výsledku onemocnění (úrazu);

- stanovit posloupnost a obsah jednotlivých etap znalecké analýzy;
- navrhnout metodiku znalecké analýzy přítomného onemocnění (úrazu), organizace a podmínek uskutečňování diagnosticko léčebného procesu, definovat obsah jednotlivých kritérií hodnocení charakteru posuzovaných znalcem diagnostických a léčebných opatření v rámci zkoumaného případu;
- popsat příznaky příčinné souvislosti mezi konáním (opomenutím) zdravotnických pracovníků při plnění svých profesních povinností a újmou na zdraví (úmrtím), které mají být stanoveny v rámci znalecké analýzy.

V rámci studia jsme prozkoumali 116 znaleckých posudků dle materiálů trestněprávních a občanskoprávních soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby, 50 dotazníků vyplněných zdravotnickými pracovníky, a 50 dotazníků vyplněných právníky se specializací v oblasti medicínského práva.

Pro dosažení cíle jsme vypracovali program „Komplexní studie obsahové stránky znaleckých posudků dle materiálů trestněprávních a občanskoprávních soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby“. Uskutečněná studie nám umožnila zformulovat definici pojmů znalecké analýzy (objekt, předmět, cíl, úkoly), navrhnout metodiku, stanovit posloupnost a obsah jednotlivých etap.

Znalecká analýza je intelektuální činností znalce, která spočívá v systematickém rozdělení na jednotlivé prvky souhrnu skutkových okolností konkrétního případu poskytnutí zdravotní péče, které jsou obsaženy v soudních materiálech nebo získány bezprostředně v rámci zkoumání, s následujícím zjišťováním vztahů, souvislostí a závislostí mezi nimi.

Objektem znalecké analýzy jsou vztažné údaje odborného charakteru týkající se skutkových okolností (podmínek, procesu a výsledcích) poskytování zdravotní péče pacientovi, získané znalcem z poskytnutých soudních písemných materiálů nebo pomocí dodatečných zkoumání.

Předmětem znalecké analýzy je zkoumání údajů odborného charakteru, týkajících se skutkových okolností (podmínek, procesu a výsledku) poskytování zdravotní péče pacientovi, zaměřené na zjištění vlastností (charakteru)

onemocnění přítomného u pacienta, podmínek (organizace) poskytování zdravotní péče, jejího charakteru (správnosti, úplnosti, včasnosti), a příznaků příčinné souvislosti mezi jednáním zdravotnických pracovníků a nepříznivým výsledkem léčby. **Cíl znalecké analýzy** spočívá v získání souhrnu vztažných věrohodných údajů odborného charakteru dostatečného pro formulování správných a opodstatněných závěrů.

Tedy **úkoly** znalecké analýzy jsou:

1. Prostudování relevantní normativní báze a odborných vědeckých zdrojů jako podkladů znalecké analýzy dle materiálů soudního případu.

2. Vytvoření systému znaleckých verzí ohledně možné příčiny nepříznivého výsledku onemocnění (úrazu).

3. Zjištění vztažných údajů o charakteru onemocnění (úrazu) a jeho role ve vzniku nepříznivého výsledku léčby (újmy na zdraví nebo úmrtí pacienta).

4. Zjištění vztažných údajů o podmínkách poskytování zdravotní péče a organizaci léčebně-diagnostického procesu v konkrétním zdravotnickém zařízení.

5. Zjištění relevantních údajů o charakteru konání (opomenutí) pacienta (zákonných zástupců) a jejich roli ve vzniku nepříznivého výsledku léčby.

6. Zjištění relevantních údajů o charakteru jednání zdravotnických pracovníků v rámci poskytování zdravotní péče konkrétnímu pacientovi.

7. Zjištění příznaků příčinné souvislosti mezi jednáním zdravotnických pracovníků a nepříznivým výsledkem léčby.

Za použití komplexního systémového přístupu k objektu zkoumání jsme navrhli posloupnost znalecké analýzy, která je určena charakterem úkolů, jejichž řešení podmiňuje dosažení výše uvedeného cíle. Posloupnost zahrnuje několik jednotlivých etap, které tvoří v souhrnu metodiku (doporučený postup) znalecké analýzy:

1. Vytvoření systému znaleckých verzí ohledně příčiny nepříznivého výsledku onemocnění.

2. Znalecká analýza charakteru přítomného onemocnění.

3. Znalecká analýza organizace a podmínek poskytování zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení (včetně analýzy charakteru jednání pacienta/zákonných zástupců a situační analýzy).

4. Znalecká analýza správnosti, úplnosti, včasnosti a adekvátnosti lékařských opatření v rámci diagnosticko-léčebného procesu.

5. Znalecká analýza výsledků diagnosticko-léčebného procesu a příznaků příčinné souvislosti mezi jednáním zdravotnických pracovníků a újmou na zdraví.

Znalecká analýza v rámci soudních případů zkoumané kategorie se musí začínat vytvořením systému verzí ohledně příčiny nepříznivého výsledku onemocnění, který zahrnuje pět následujících verzí:

1. Nepříznivý výsledek léčby jako následek zákonitého rozvoje onemocnění (úrazu) přítomného u pacienta.

2. Nepříznivý výsledek léčby jako následek nehody ve zdravotnické praxi.

3. Nepříznivý výsledek léčby jako následek nenáležitých konání (opomenutí) pacienta a/nebo jeho zákonných zástupců.

4. Nepříznivý výsledek léčby jako následek nenáležitého zaviněného konání (opomenutí) zdravotnických pracovníků.

5. Nepříznivý výsledek léčby jako následek profesní chyby zdravotnického pracovníka.

Vzhledem k obsahu první verze, znalecká analýza pokračuje zkoumáním údajů vztažných k charakteru onemocnění (úrazu) přítomného u pacienta. Prostřednictvím jednotlivých analytických metod (maticové, logické analýzy, aj.) znalec získává relevantní informaci o vlivu vlastností onemocnění na adekvátnost diagnostického programu, účinnost jednotlivých léčebných úkonů, výsledek léčby.

Proces poskytování zdravotní péče se uskutečňuje za určitých podmínek, ovlivňujících úspěšnost jednotlivých lékařských opatření. Znalecká analýza podmínek poskytování zdravotní péče je určitým „vnějším auditem“ činnosti zdravotnického zařízení v konkrétním soudním případě. Je zde určitá podobnost s

odborným posudkem kvality poskytnuté péče, který se zpravidla provádí v předsoudní etapě řešení konfliktních situací. Vzhledem k této skutečnosti pro všestrannost znaleckého zkoumání mají význam následující aspekty:

1) detailní studium odborného posudku kvality zdravotní péče prováděného v rámci předsoudního řešení konfliktu mezi pacientem (zákonnými zástupci) a zdravotnickým zařízením;

2) využití jednotlivých metod analýzy kvality diagnosticko léčebného procesu používaných v rámci kontroly a řízení kvality zdravotnických služeb ve zdravotnickém zařízení;

3) u komisních (ústavních) znaleckých posudků jmenování odborníků proškolených v oblasti kontroly a řízení kvality zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení do komise.

V systému podmínek poskytování zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení lze vyčlenit prvky ze třech kategorií, tedy obecného, zvláštního a jedinečného. Obecnými prvky tohoto systému jsou materiálně technické vybavení, personální, normativní a organizačně metodické zajištění zdravotnického zařízení. V rámci kategorie zvláštního jsou posuzovány kvalifikační charakteristiky a psychofyziologické vlastnosti zdravotnických pracovníků, kteří se spolupodíleli na léčbě pacienta. Analýza v rámci kategorie jedinečného, jednotlivých situačních charakteristik, má význam pro zjištění skutečností vztažných k verzím o nehodě, profesním omylu lékaře nebo jednání pacienta jako příčiny nepříznivého výsledku. V rámci situační analýzy může být zapotřebí posuzování následujících prvků:

a) úrovně psychické zátěže a psychofyziologických vlastností lékaře;

b) úrovně extrémnosti podmínek, za nichž byl uskutečňován lékařský zákrok, a souladu profesních zkušeností a psychofyziologických vlastností lékaře;

c) možnosti předvídat určité okolnosti spojené s procesem poskytování zdravotní péče konkrétnímu pacientovi;

- d) možnosti zabránit určitým okolnostem spojeným s procesem poskytování zdravotní péče konkrétnímu pacientovi;
- e) úrovně profesního rizika lékařského zákroku;
- i) charakteru jednání pacienta (zákonných zástupců), například dodržování léčebného režimu a lékařských doporučení.

Znalecká analýza diagnosticko-léčebného procesu samotného se musí začínat popisem „metodického rámce“ poskytování zdravotní péče pacientu s určitou diagnózou, který zahrnuje ustanovení zákonů, resortních předpisů a směrnic, normy standardů a doporučených postupů poskytování zdravotní péče, jakož i souhrn odborných informací vědeckého a praktického charakteru ohledně metod diagnostiky a léčby, uznávaných současnou medicínou za postup *lege artis*.

Souhrn opatření v rámci poskytování zdravotní péče konkrétnímu pacientovi lze posuzovat jako otevřený procesní informační systém, v jehož rámci je posloupnost realizace jednotlivých procesů určena obsahem diagnostické informace, a charakter konečného výsledku je pravděpodobnostně determinován komplexem vnějších a vnitřních faktorů, mezi nimiž patří adekvátnost jednotlivých lékařských zákroků.

Podle našeho názoru lze prvky uvedeného systému rozdělit do třech skupin, tradičně používaných v rámci procesního přístupu k analýze kvality fungování systému: procesy, informace, výsledky. Za proces tady považujeme určité lékařské opatření, které zajišťuje přechod systému z původního stavu do stavu naplánovaného výsledku (dosažení cíle). Za informaci považujeme souhrn diagnostických údajů ohledně výchozího (původního), průběžného a konečného stavů systému, který určuje charakter a zaměření jednotlivých procesů uvnitř systému. Informace plní v systému selektivní, trigerní, modulující funkce a funkce zpětné vazby. Konečně za výsledky fungování systému považujeme souhrn parametrů, za jejichž přítomnosti není účelné pokračování jednotlivých procesů uvnitř systému nebo další fungování systému jako celku (vzhledem

k dosažení naplánovaného cíle nebo zjištění nemožnosti jeho dosažení v rámci tohoto systému).

Nepřítomnost striktní determinace mezi prvky analyzovaného systému diktuje nezbytnost rozdílné analýzy jednotlivých prvků, totiž procesů, informace, výsledků, protože určité vlastnosti jednoho prvku mohou korelovat s širokým spektrem vlastností dalších prvků systému, s nim spojených. Proto je v rámci analýzy diagnosticko léčebného procesu z pozice procesního přístupu účelné vydělit následující samostatné analytické bloky:

- a) procesní analýza diagnostických a léčebných opatření;
- b) informační (kontextní) analýza;
- c) analýza výsledků diagnosticko léčebného procesu.

V rámci procesní analýzy znaleckému posuzování a hodnocení se podrobují diagnostická a léčebná opatření, tedy jednotlivé zákroky při poskytování zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení. Dle našeho názoru, základními kritérii hodnocení diagnosticko-léčebného procesu musí být kritéria správnosti, úplnosti, včasnosti a adekvátnosti. Pro účely znalecké analýzy je zapotřebí přesná definice obsahu jednotlivých kritérií a postupu jejich použití při hodnocení procesů, informace a výsledků diagnosticko-léčebného procesu.

Kritérium správnosti charakterizuje soulad činnosti se stanovenými pravidly její uskutečňování, s normami a požadavky, které je zdravotnický pracovník povinen dodržovat. Obsah kritéria správnosti diagnostických/léčebných opatření definujeme jako jejich soulad s:

- a) předpisy imperativního charakteru;
- b) odbornými předpisy doporučujícího charakteru;
- c) požadavky současné medicíny (postup *lege artis*).

Nedodržování při poskytování lékařské péče imperativních předpisů je důvodem pro kvalifikaci jednání lékaře jako protiprávních. Odchytky jednání lékaře od doporučujících předpisů mohou být uznána za oprávněná za určitých

podmínek, které lze sjednotit v rámci pojmu „individuální vlastnosti konkrétního klinického případu“.

Provedený námi výzkum ukázal, že pro účely znalecké analýzy kritérium úplnosti diagnosticko léčebného procesu musí mít teleologický výklad. Tedy při posouzení úplnosti lékařských opatření má znalec stanovit, jaký diagnostický či terapeutický cíl lékař sledoval.

Posouzení včasnosti lékařských opatření je bezprostředně spojeno s analýzou diagnostické informace, významné pro rozhodnutí o charakteru realizace dotyčných opatření (době začátku, délce trvání, aj.). Za včasnou lze považovat diagnostickou informaci, pokud doba, v níž lékař měl skutečnou možnost jejího vnímání a adekvátní interpretace, byla optimální pro realizaci na ní závislých terapeutických opatření.

Adekvátnost je přiměřenost poskytované péče zdravotnímu stavu pacienta vzhledem k individuálním vlastnostem jeho organismu a charakteru průběhu patologického procesu za konkrétních situačních podmínek (časových, informačních, aj.). Formálně nesprávná lékařská opatření, neodpovídající standardním postupům, přiměřená však zdravotnímu stavu pacienta a klinické symptomatice v konkrétní situaci, tedy adekvátní této situaci, mohou vést k dosažení pozitivního výsledku.

Informační analýza v rámci procesního přístupu spočívá v rozdělování na jednotlivé součásti (informační bloky) celého rozsahu diagnostické informace, získané lékařem ve zkoumané klinické situaci, s následujícím samostatným posuzováním každé z nich a zjišťováním vztahů a souvislostí mezi nimi. V rámci informační analýzy je z našeho hlediska zapotřebí použití kritérií věrohodnosti, úplnosti (dostatečnosti), včasnosti a adekvátnosti posuzované diagnostické informace.

Pro účely znalecké analýzy je třeba především rozdělit obsah pojmů výsledek a následek realizace procesu. Posuzování následku předpokládá zejména odpověď na otázku „proč?“, totiž kauzální objasnění, stanovení vztahu příčinnosti s určitým

jevem či skupinou jevů uvnitř systému. Hodnocení výsledku je však teleologické, tedy spočívá v odpovědi na otázku “nač?”. Uskutečňování jednotlivého léčebného zákroku jako procesu v rámci systému má svým účelem určitou změnu stavu tohoto systému směrem k dosažení konečného příznivého výsledku léčby. Čím více je podíl dosažených naplánovaných mezních výsledků uskutečňování jednotlivých léčebných opatření, tím více je pravděpodobnost přechodu systému do kvalitativně jiného stavu, totiž uzdravení pacienta, a naopak čím méně bylo dosaženo naplánovaných výsledků, tím menší bude vliv integrálního ukazatele činnosti zdravotnických pracovníků na pravděpodobnost výskytu příznivého výsledku onemocnění.

Výsledek je neoddělitelnou součástí procesu, jehož prostřednictvím je buď dosažen nebo nedosažen. Právě pravděpodobnost dosažení výsledku, nikoli jeho obsah, je určena vnějšími podmínkami realizace procesu. Obsah výsledku je předem determinován parametry procesu, který se uskutečňuje směrem k jeho dosažení. Konečný výsledek uskutečňování činnosti zdravotnických pracovníků v rámci poskytování zdravotní péče je integrálním ukazatelem účinnosti jednotlivých diagnostických a léčebných opatření.

Následky rozvoje onemocnění v organismu pacienta jsou zpravidla pravděpodobnostně determinovány komplexem faktorů různé přírody, které tvoří prvky systémové příčiny, jedním z nichž může být nenáležitý charakter profesních jednání lékaře. Systémový charakter příčiny neznamena ekvivalnetnost jejich prvků, jak je tomu v kondicionálním výkladu příčinné souvislosti. Uvnitř systémové příčiny je přítomna určitá struktura, hierarchie prvků, vztahů a souvislostí. Tedy analýza výsledků a účinnosti poskytnuté zdravotní péče je spojovací etapou mezi procesní analýzou diagnostických a léčebných postupů a příčinnou analýzou zaměřenou především na zjištění a posuzování příznaků příčinné souvislosti.

V rámci provedeného výzkumu námi byly navrženy příznaky příčinné souvislosti, jejichž zjištění je jedním z úkolů znalecké analýzy dle materiálů

soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby. Příčinná souvislost mezi protiprávním jednáním a nepříznivými (společensky nebezpečnými) následky je jedním z prvků skutkové podstaty deliktu (trestního činu), konkrétněji jeho objektivní stránky. Stanovení přítomnosti nebo nepřítomnosti skutkové podstaty, určování všech jejích prvků patří do kompetence soudů a orgánů činných v trestním řízení. V případě stanovení příčinné souvislosti se jedná o právní otázku, tedy kompetence znalců v této oblasti musí být omezena na zjištění skutečností odborného charakteru, zejména stanovení přítomnosti nebo nepřítomnosti příznaků, na jejichž základě ve spojení s informacemi z jiných důkazních zdrojů kompetentní orgány jsou schopni učinit náležitý závěr o charakteru souvislosti mezi jednáním zdravotnického pracovníka a nepříznivým výsledkem léčby.

Prvním příznakem je časová posloupnost, což znamená, že příčina vždy předchází následku. Časové kritérium příčinné souvislosti určuje následující podstatné skutečnosti:

- a) předchorobí patologického procesu a jeho prostřednictvím podmínky, za nichž musí jednat zdravotnický pracovník v době prvního kontaktu s pacientem;
- b) charakter oblasti determinace, v níž se uskutečňuje vzájemné působení patogeneze a procesu poskytování zdravotní péče;
- c) parametry možných příznivých a nepříznivých výsledků onemocnění za náležité léčby uskutečnitelné v konkrétním případě.

Druhým příznakem je soustavnost příčinných vztahů. Ve vzniku nepříznivého výsledku má význam nikoli jeden izolovaný faktor, nýbrž určitý systém vzájemně spojených prvků. Prostou příčinu je nutno posuzovat jako krajní formu soustavné (systémové) příčiny, v níž je úloha jednoho prvku systému tak podstatná, že význam ostatních prvků může být zanedbán.

Třetím příznakem je přítomnost nezbytného prvku v systémové příčině, který se liší od ostatních prvků vlastnostmi určitosti a jednoznačnosti. Čtvrtým příznakem příčinné souvislosti je přítomnost (působení) jednoho nebo několika

dalších prvků (podmínek) v systému, v souhrnu s nimiž nezbytný prvek získává vlastnost dostatečnosti. V situaci prosté příčiny má jediný prvek jak vlastnost nezbytnosti, tak i dostatečnosti. V systémové příčině dostatečnost je zprostředkována určitým komplexem faktorů, tedy mimo nezbytného prvku působí další, jejichž kvalitativní a kvantitativní charakteristiky jsou odlišné v každém konkrétním případě. Posledním příznakem příčinné souvislosti je podmínka, že faktory dostatečnosti systémové příčiny tvoří nepřetržitou řadu (řetězec) stejnorodých prvků.

Profesní jednání zdravotnických pracovníků v rámci poskytování zdravotní péče pacientovi mohou být v následujících poměrech k faktickému výsledku onemocnění:

- a) nebýt v příčinné souvislosti s nepříznivým výsledkem;
- b) být nezbytným a dostatečným faktorem (prostou příčinou) pro vznik nepříznivého výsledku onemocnění;
- c) být nezbytným prvkem systémové příčiny nepříznivého výsledku onemocnění;
- d) patřit do řady dostatečných podmínek systémové příčiny nepříznivého výsledku.

V rámci posuzování a hodnocení kvality posudku závěry znalce je možno hodnotit jako věrohodné, jestli kategorická tvrzení jsou doprovázena náležitým (jednoznačným a spolehlivým) odborným opodstatněním jejich pravdivosti v rámci znalecké analýzy, které tedy nenechává “analytické mezery” a otevřené otázky vyžadující další odborné prokazování, a proto zákonitě vyvolává u posuzující osoby subjektivní jistotu, vnitřní přesvědčení v pravdivosti těchto tvrzení. Naopak, závěry nejsou věrohodné, jestli z obsahu znalecké analýzy lze vyvést jenom částečné, nejednoznačné nebo nespolehlivé odborné opodstatnění pravdivosti závěrů, což nechává otevřené otázky vyžadující další odborné prokazování, a proto zákonitě vyvolává u posuzující osoby subjektivní nejistotu, předpoklad možnosti, že tyto závěry mohou být vyvráceny dalšími důkazy.

Vztažnost znaleckého posudku je určena přítomností podstatné souvislosti mezi obsahem faktických údajů vyložených v něm a skutečnostmi významnými pro správné rozhodnutí ve věci, které musejí být zjištěny v rámci řízení. Přípustnost znaleckého posudku je soulad s požadavky zákona z hlediska procesních zdrojů informace, způsobů její získávání znalcem a fixace v obsahu posudku.

Výsledkem provedeného námi výzkumu byla vypracována metodika znalecké analýzy zajišťující všestrannost, úplnost a objektivnost zkoumání v rámci trestněprávních a občanskoprávních soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby, byly definovány obsah, objekt, předmět, cíl a úkoly znalecké analýzy, určeny její posloupnost (jednotlivé etapy), metody a kritéria, popsány příznaky příčinné souvislosti mezi jednáním zdravotnických pracovníků a újmou na zdraví, které mají být stanoveny v rámci znalecké analýzy.

Na základě uskutečněné studie uvádíme následující závěry:

1. Znaleckou analýzu podle materiálů trestněprávních a občanskoprávních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby je nutno považovat za nezbytný prvek znaleckého zkoumání, který zabezpečuje jeho všestrannost, úplnost a objektivnost, jakož i náležitou opodstatněnost učiněných závěrů, tady základní požadavky věrohodnosti znaleckého posudku jako soudního důkazu.

2. Znaleckou analýzu je zapotřebí uskutečňovat na základě unifikovaného metodologického přístupu zahrnujícího přesnou definici objektu, předmětu, cíle a úkolů; metodika (algoritmus) analýzy je formalizovaný postup realizace následujících pěti etap: vytvoření systému verzí ohledně příčiny nepříznivého výsledku léčby; analýza charakteru přítomného onemocnění (úrazu); analýza organizace a podmínek poskytování zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení; analýza správnosti, úplnosti, včasnosti a adekvátnosti opatření v rámci diagnosticko-léčebného procesu; analýza výsledků diagnosticko-léčebného procesu a příznaků příčinné souvislosti mezi jednáním zdravotnických pracovníků a újmou na zdraví.

3. Pro účely znalecké analýzy lze souhrn opatření v rámci poskytování zdravotní péče konkrétnímu pacientovi považovat za otevřený procesní informační systém, v jehož rámci je posloupnost realizace jednotlivých procesů (lékařských opatření) určena rozsahem a obsahem diagnostické informace, a charakter konečného výsledku je pravděpodobnostně determinován komplexem vnějších a vnitřních faktorů, mezi nimiž patří adekvátnost uskutečňovaných lékařských zákroků.

4. Z obsahového hlediska existuje určitá míra podobnosti mezi znaleckým posudkem v rámci soudního řízení a odborným posudkem kvality poskytnuté péče, který se zpravidla provádí v předsoudní etapě řešení konfliktních situací, což v případě komisních (ústavních) znaleckých posudků svědčí o účelnosti zařazení do komise odborníků proškolených v oblasti kontroly a řízení kvality zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení.

5. Analytická činnost znalce má být zaměřena na stanovení následujících příznaků příčinné souvislosti: časová posloupnost, systémový charakter příčiny nepříznivého výsledku, přítomnost nezbytného prvku a určitého souboru dostatečných podmínek systémové příčiny, příznak nepřetržitosti řady dostatečných podmínek systémové příčiny. Na základě stanovených příznaků v komplexu s údaji z jiných zdrojů (důkazů) orgány činné v trestním řízení a soud řeší právní otázku přítomnosti příčinné souvislosti mezi jednáními zdravotnických pracovníků a újmou na zdraví pacienta.

6. V rámci posuzování a hodnocení kvality posudku závěry znalce lze hodnotit jako věrohodné, jestli kategorická tvrzení jsou doprovázena náležitým (jednoznačným a spolehlivým) odborným opodstatněním jejich pravdivosti v rámci uskutečněné znalecké analýzy, které tedy nenechává “analytické mezery” a otevřené otázky vyžadující další odborné prokazování, a proto zákonitě vyvolává u posuzující osoby subjektivní jistotu, vnitřní přesvědčení v pravdivosti těchto tvrzení.

PRAKTICKÁ DOPORUČENÍ

1. Posloupnost (jednotlivé etapy) znalecké analýzy a informace získané v jejím rámci je zapotřebí náležitě vykládat ve znaleckém posudku (oddíl „Znalecký rozbor“) za účelem vyhnutí se takzvaným „analytickým mezerám“ („analytical gap“ v americké judikatuře) v úvahách znalce a dosažení potřebného stupně opodstatněnosti znaleckých závěrů, což je základním požadavkem věrohodnosti posudku jako důkazu.

2. Určitá míra podobnosti mezi obsahem znaleckého posudku v rámci soudního řízení a odborným posudkem kvality poskytnuté péče, který se zpravidla provádí v předsoudní etapě řešení konfliktních situací, svědčí o přínosnosti detailního studia znalcem uvedeného odborného posudku; v případě komisních (ústavních) znaleckých posudků je účelné, aby do komise byl zařazen odborník proškolený v oblasti kontroly a řízení kvality zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení.

3. Pro zabezpečení všestrannosti, úplnosti a objektivnosti znaleckého posouzení myšlenkových pochodů lékaře v analyzované klinické situaci je přínosné zařazení do spisovných materiálů poskytovaných znalci výpisů ze zdravotnické dokumentace obsahujících informace o postupu diferenciální diagnostiky onemocnění; v případě nepřítomnosti ve výpisech uvedených informací je zapotřebí poskytnout znalci možnost se zúčastnit výslechu lékaře nebo zajistit procesně přípustným způsobem potřebná písemná vysvětlení lékaře.

4. Pro zajištění všestrannosti, úplnosti a objektivnosti znaleckého zkoumání, opodstatněnosti a spolehlivosti znaleckých závěrů, zvýšení věrohodnosti znaleckých posudků dle materiálů trestněprávních a občanskoprávních soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby je přínosné využití vypracovaného v rámci studia algoritmu (doporučovaného postupu) znalecké analýzy, který je schematicky uveden níže.

Algoritmus (doporučený postup) znalecké analýzy

Č.p.	Obsah prvků znalecké analýzy
1.	<p>Vytvoření systému znaleckých verzí ohledně příčiny nepříznivého výsledku onemocnění (úrazu).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nepříznivý výsledek léčby jako následek zákonitého rozvoje onemocnění přítomného u pacienta. 2. Nepříznivý výsledek léčby jako následek nehody ve zdravotnické praxi. 3. Nepříznivý výsledek léčby jako následek nenáležitých konání (opomenutí) pacienta a/nebo jeho zákonných zástupců (rodičů/opatrovníků). 4. Nepříznivý výsledek léčby jako následek nenáležitého zaviněného konání (opomenutí) zdravotnických pracovníků. 5. Nepříznivý výsledek léčby jako následek profesní chyby zdravotnického pracovníka.
2.	<p>Znalecká analýza charakteru přítomného onemocnění (úrazu).</p> <p>2.1. Klinická (soudně lékařská, patologoanatomická) diagnóza.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1.1. Základní onemocnění. 2.1.2. Vedlejší onemocnění. 2.1.3. Komplikace. <p>2.2. Normativní předpisy, standardy, doporučené postupy, protokoly, jiné zdroje reglementující poskytování zdravotní péče pacientu s dotyčnou nosologií.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.2.1. Normativní předpisy (imperativní a dispozitivní). 2.2.2. Odborné doporučené postupy, standardy, schémata a protokoly léčby. 2.2.3. Postup lege artis v odborné literatuře. <p>2.3. Matice přítomného základního onemocnění.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.3.1. Frekvence výskytu onemocnění v populaci. 2.3.2. Etiologie a patogeneze onemocnění. 2.3.3. Klasický klinický průběh onemocnění. 2.3.4. Mechanismy uzdravení. 2.3.6. Charakteristika přítomné varianty základního onemocnění (forma, fáze, stadium). 2.3.7. Základní způsoby léčby. 2.3.8. Účinnost léčby. 2.3.9. Přirozený klinický výsledek rozvoje onemocnění. 2.3.10. Pravděpodobnost příznivého výsledku léčby. 2.3.11. Klinická kritéria příznivého výsledku. 2.3.12. Pravděpodobnost a charakteristika možných nepříznivých výsledků léčby onemocnění. <p>2.4. Analýza geneze přítomného onemocnění.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.4.1. Premorbidní pozadí. 2.4.2. Individuální vlastnosti organismu pacienta. 2.4.3. Individuální vlastnosti průběhu onemocnění u pacienta. 2.4.4. Charakter dříve uskutečněných léčebných opatření.
3.	<p>Znalecká analýza organizace a podmínek uskutečňování diagnosticko-léčebného procesu.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Typ zdravotnického zařízení, charakteristika oddělení. 3.2. Materiálně technické vybavení. 3.3. Systém řízení kvality zdravotní péče, normativní a metodické zabezpečení. 3.4. Personální zajištění. 3.5. Kvalifikační charakteristiky personálu (ošetřující lékař, event. primář, jiné odborníci, kteří se podíleli na diagnostice a léčbě pacienta) 3.6. Situační charakteristika procesu poskytování zdravotní péče, charakteristika jednání pacienta (zákonných zástupců) v průběhu léčby.
4.	<p>Znalecká analýza správnosti, úplnosti, včasnosti a adekvátnosti diagnosticko-léčebného procesu.</p> <p>4.1. Správnost diagnostických a léčebných opatření.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1.1. Soulad analyzovaných opatření s normativními akty, v nichž jsou obsaženy požadavky, jejichž dodržování je povinné (imperativní předpisy).

	<p>4.1.2. Soulad analyzovaných opatření s odbornými předpisy doporučujícího charakteru.</p> <p>4.1.3. Soulad analyzovaných opatření s požadavky současné medicíny (požadavky <i>lege artis</i>).</p> <p>4.2. Úplnost diagnostických a léčebných opatření.</p> <p>4.2.1. Dosažení náležitých výsledků uskutečnění jednotlivých diagnostických a léčebných opatření.</p> <p>4.2.2. Neuskutečnění k dosažení náležitých výsledků dodatečná diagnostická a léčebná opatření.</p> <p>4.2.3. Pravděpodobnost dosažení náležitých výsledků v případě uskutečnění dodatečných diagnostických a léčebných opatření.</p> <p>4.2.4. Příčiny neuskutečnění dodatečných diagnostických a léčebných opatření v analyzované klinické situaci.</p> <p>4.3. Včasnost diagnostických a léčebných opatření.</p> <p>4.3.1. Přiměřenost času uskutečňování (doba začátku, délka) analyzovaných diagnostických (léčebných) opatření času výskytu náležité diagnostické informace svědčící o nezbytnosti těchto opatření.</p> <p>4.3.2. Existence možnosti u lékaře uskutečnění analyzovaných diagnostických (léčebných) opatření za jiných (vhodnějších pro konkrétní klinickou situaci) časových parametrů.</p> <p>4.3.3. Příčiny neuskutečnění analyzovaných diagnostických (léčebných) opatření za vhodných časových parametrů.</p> <p>4.4. Adekvátnost diagnostických a léčebných opatření.</p> <p>4.4.1. Přiměřenost charakteru uskutečněných diagnostických (léčebných) opatření zdravotnímu stavu pacienta za konkrétních situačních podmínek (časových, informačních aj.).</p> <p>4.4.2. Přiměřenost charakteru uskutečněných diagnostických (léčebných) opatření diagnostické informace, kterou disponoval lékař v posuzované klinické situaci.</p> <p>4.5. Informační (kontextní) analýza.</p> <p>4.5.1. Věrohodnost diagnostické informace, kterou disponoval lékař v době uskutečňování posuzovaných diagnostických (léčebných) opatření.</p> <p>4.5.2. Úplnost (dostatečnost) diagnostické informace, kterou disponoval lékař v době uskutečňování posuzovaných diagnostických (léčebných) opatření.</p> <p>4.5.3. Včasnost diagnostické informace, kterou disponoval lékař v době uskutečňování posuzovaných diagnostických (léčebných) opatření.</p> <p>4.5.4. Adekvátnost (přiměřenost) diagnostické informace, kterou disponoval lékař v době uskutečňování posuzovaných diagnostických (léčebných) opatření.</p>
5.	<p>Znalecká analýza výsledků diagnosticko-léčebného procesu a příznaků příčinné souvislosti.</p> <p>5.1. Patologický stav, který bezprostředně vedl k nepříznivému výsledku onemocnění (úmrtí).</p> <p>5.2. Účinnost jednotlivých diagnostických opatření a procesu diagnostiky jako celku.</p> <p>5.3. Důležité cíle, které nebyly dosaženy v rámci procesu diagnostiky.</p> <p>5.4. Účinnost jednotlivých léčebných opatření a procesu léčení jako celku.</p> <p>5.5. Důležité cíle, které nebyly dosaženy v rámci procesu léčení.</p> <p>5.6. Charakteristika časového kritéria příčinné souvislosti.</p> <p>5.7. Nezbytný prvek systémové příčiny nepříznivého výsledku onemocnění (úrazu).</p> <p>5.8. Dostatečné podmínky systémové příčiny nepříznivého výsledku onemocnění (úrazu).</p> <p>5.9. Nepřetržitost řady dostatečných podmínek v systémové příčině.</p> <p>5.10. Charakter souvislosti mezi profesními jednáními zdravotnických pracovníků v posuzovaném případě a nepříznivým výsledkem onemocnění (úrazu).</p>

Seznam publikací dle tématu disertační práce

- 1. Zakharov S.** Znalecká analýza léčebně diagnostického procesu podle materiálů trestněprávních a občanskoprávních věcí souvisejících s nedodržením povinností zdravotnických pracovníků. // Zdravotnictví a právo, 2007; 2, s. 7 – 10
- 2. Zakharov S.** Základy znalecké analýzy podle materiálů trestněprávních a občanskoprávních věcí souvisejících s nedodržením povinností zdravotnických pracovníků // Zdravotnictví a právo, 2007; 5, s. 16 – 20
- 3. Zakharov S.** Znalecká analýza výsledků léčebně diagnostického procesu a příznaků příčinné souvislosti. // Zdravotnictví a právo, 2007; 6, s. 14 – 17
- 4. Zakharov S.** Teoretické předpoklady znalecké analýzy kvality lékařské péče podle materiálů trestněprávních a občanskoprávních případů souvisejících s nedodržením povinností zdravotnických pracovníků // Zdravotnictví a právo, 2007; 7-8, s. 45 – 48
- 5. Zakharov S.** Nepříznivý výsledek léčení: zkoumání a hodnocení důkazů v rámci trestněprávního případu způsobení újmy na zdraví (smrti) lékařem // Zdravotnictví a právo, 2007; 11, s. 9 – 16
- 6. Zakharov S.** Nepříznivý výsledek léčení: zkoumání a hodnocení důkazů v rámci občanskoprávního případu. // Zdravotnictví a právo, 2007; 12, s. 12 – 17
- 7. Zakharov S.** Právní analýza činnosti zdravotnických pracovníků v případě nepříznivého výsledku léčení // Zdravotnictví a právo, 2008; 2 (134), s. 15-18
- 8. Zakharov S.** О методике экспертного анализа неблагоприятных исходов лечения, обусловленных закономерным развитием заболеваний // Федерální vědecko-praktický časopis «Медицинское право» („Medicínské právo“) – 2008, 04 (24), s. 36-40.
- 9. Zakharov S.** Методика экспертного анализа неблагоприятного исхода лечения вследствие закономерного развития заболевания // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Юридическое и деонтологическое обеспечение прав российских

граждан на охрану здоровья». Суздаль, Российская Федерация, 28-29 мая 2008 г. - ISBN 978-5-87596-105-2, p. 303-308

10. Zakharov S. Применение экспертных критериев правильности и полноты лечебно-диагностического процесса в профилактике неблагоприятных исходов лечения в медицинских учреждениях // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Юридическое и деонтологическое обеспечение прав российских граждан на охрану здоровья». Суздаль, Российская Федерация, 28-29 мая 2008 г.

11. Zakharov S. Nepříznivý výsledek léčení jako následek zákonitého vývoje onemocnění (úrazu) // Zdravotnictví a právo, 2008; 5, s. 19-22

12. Zakharov S. Nepříznivý výsledek léčení jako následek nehody v lékařské praxi nebo nesprávných jednání pacienta/ Zdravotnictví a právo, 2008; 6, s. 10-13

13. Zakharov S. Nepříznivý výsledek léčení jako následek nesprávných zaviněných jednání zdravotnických pracovníků // Zdravotnictví a právo, 2008; 7-8, s. 26-30

14. Zakharov S. Nepříznivý výsledek léčení jako následek nesprávných zaviněných jednání zdravotnických pracovníků (pokračování) // Zdravotnictví a právo, 2008; 9, s. 9-13

15. Zakharov S. Nepříznivý výsledek léčení jako následek profesní chyby zdravotnického pracovníka // Zdravotnictví a právo, 2008; 10, s. 10-15

16. Zakharov S. Hodnocení vztažnosti a přípustnosti znaleckých posudků podle materiálů trestněprávních a občanskoprávních případů souvisejících s nedodržováním povinností zdravotnických pracovníků // Zdravotnictví a právo, 2008; 11, s. 11-15

17. Zakharov S. Hodnocení věrohodnosti znaleckých posudků podle materiálů trestněprávních a občanskoprávních případů souvisejících s nedodržováním povinností zdravotnických pracovníků // Zdravotnictví a právo, 2008; 12, s. 15-19

18. Zakharov S. The assessment of expert testimony relevance and admissibility in medical malpractice cases in the Czech Republic. Can American judicial practice help us? // MED LAW, 2011; 30 (1), p. 147-165. **SJR index - 0,051.**

19. Zakharov S. The assessment of expert testimony relevance and admissibility in medical malpractice cases in the Czech Republic // Romanian Journal of Legal Medicine (RJLM), 2011; 19 (1), p. 59-69. **Impact Factor (IF) – 0,301.**

20. Zakharov S. The problems of a medical expert's testimony reliability assessment in medical malpractice cases // Romanian Journal of Legal Medicine, 2011, 19 (4), p. 291-94. **Impact Factor (IF) – 0,301.**

21. Zakharov S., Pelclová D., Navratil T. Analysis of medication errors of health care providers on the basis of data from the Czech toxicological information centre over an 11-year period (2000-2010) // Basic and Clinical Pharmacology and Toxicology (BCPT), 2012 May, 110 (5), p. 427-32. **Impact Factor (IF) – 2,371.**

22. Zakharov S., Pelclová D., Navratil T. Medication errors – an enduring problem for children and elderly patients // Upsala Journal of Medical Sciences, 2012; 117: 309-17. **Impact Factor (IF) – 0,736.**

LITERATURA

- Acerbo-Kozuchowski N., Ashton K.** Medical malpractice claims investigation: a step-by-step approach (2nd revised edition). Jones and Bartlett Publishers Inc., 2007, 361 pp.
- Anderson N.H.** A functional theory of cognition. Routledge, 1996, 500 pp.
- Appleby K.S., Tarver J.** Medical records review. Aspen Publishers Online, 2006, 851 pp.
- Athanasiou T., Darzi A.** Key topics in surgical research and methodology. Springer, 2010, 1019 pp.
- Bailar J.C., Hoaglin D.C.** Medical uses of statistics. John Wiley and sons, 2012, 528 pp.
- Baker T.** The medical malpractice myth. USA, University of Chicago, 2007
- Balen P., Asif J., Body D.** APIL Clinical negligence. Jordan Publishing Limited, 2008, 586 pp.
- Batten D.F.** Changing our brains: systemic causality in complex human systems. Proceedings of the 18th conference on behavior representation in modeling and stimulation. Sundance, UT, 2009, p. 9-14
- Becker R.F.** Scientific evidence and expert testimony handbook. C.C. Thomas, 1997, 233 pp.
- Becker R.F.** Criminal investigation. Jones and Bartlett Learning, 2010, 581 pp.
- Bednar M.C.** Medical expert witness bias due to commonality of insurance // J. Legal. Med., 2002, 23, p. 403-19.
- Beebee H.** Hume on causation. Routledge, 2006, 236 pp.
- Beebee H., Hitchcock C., Menzies P.** The Oxford handbook of causation. Oxford handbooks online, 2009, 790 pp.
- Benčo J.** Metodológia vedeckého výskumu. Iris, 2001, 194 s.
- Berner E.S.** Clinical decision support systems: theory and practice. Springer, 2010, 600 pp.

Bialek R.G., Duffy G.L., Moran J.W. The public health quality improvement handbook. ASQ Quality Press, 2009, 451 pp.

Block D.J. Healthcare outcomes management: strategies for planning and evaluation. Jones and Bartlett Learning, 2006, 265 pp.

Bond C. Concordance: a partnership in medicine-taking. Pharmaceutical Press, 2004, 177 pp.

Bossomaier T.R., Green D.G. Complex systems. Cambridge University Press, 2007, 420 pp.

Boswordh H.B., Oddone E.Z., Weinberger M. Patient treatment adherence: concepts, interventions, and measurements. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 2005, 582 pp.

Boumil M.M., Elias C.E., Moes D.B. Medical Liability in a nutshell. West Publishing Co, 2003, 428 pp.

Bradáč A., Kledus J., Krejčír P. a kol. Úvod do soudního znalectví. Brno: Cerm, 2004, 220 s.

Brandl S.G. Criminal investigation: an analytical perspective. Pearson, 2003, 452 pp.

Brumby M.N. Consistent differences in cognitive styles shown for qualitative biological problem-solving // British journal of educational psychology, 1982, 52 (2), p. 244-257.

Buchbinder S.B., Shanks N.H. Introduction to health care management. Jones and Bartlett Publishers, 2011, 498 pp.

Bunge M. Causality and modern science. Transaction Publishers, 2008, 417 pp.

Burgess R. New principles of best practice in clinical audit. Radcliffe Publishing, 2011, 198 pp.

Burke L.E., Ockene I.S. Compliance in healthcare and research. John Wiley and sons, 2001, 354 pp.

Burnham J. Introduction to philosophical analysis. Mitchell Press, 2008, 476 pp.

- Byers J.F., White S.V.** Patient safety: principles and practice. Springer Publishing Company, 2004, 563 pp.
- Campbell J.K, O'Rourke M., Silverstein H.** Causation and explanation. MIT Press, 2007, 215 pp.
- Campbell N.** Mental causation and metaphysics of mind. Broadview Press, 2003, 301 pp.
- Carayon P.** Handbook of human factors and ergonomics in health care and patient safety. CRC Press, 2011, 872 pp.
- Carruthers P., Stich S.P., Siegal M.** The cognitive basis of science. Cambridge University Press, 2002, 409 pp.
- Chaffey L., Unsworth C.A., Fossey E.** Relationship between intuition and emotional intelligence in occupational therapists in mental health practice // American journal of occupational therapy, 2012, 66 (1), p. 88-96.
- Chambers R., Wakley G.** Clinical audit in primary care: demonstrating quality and outcomes. Radcliffe Publishing, 2005, 173 pp.
- Chapman G.B., Sonnenberg F.A.** Decision making in health care: theory, psychology and applications. Cambridge University Press, 2003, 452 pp.
- Chatterji P.C.** An introduction to philosophical analysis. Bibliobazaar, 2011, 186 pp.
- Chmelík J. a kol.** Místo činu a znalecké dokazování. Plzeň: vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, s.r.o., 2005, 304 s.
- Choctaw W.T.** Avoiding medical malpractice. Springer, 2008, 120 pp.
- Christensen A.J.** Patient adherence to medical treatment regimens: bridging the gap between behavioral science and biomedicine. Yale University Press, 2004, 165 pp.
- Cifra A.** Medicínský úkon a občianskoprávna zodpovednosť // Psychiatria, 2004, 11 (3-4), str. 146-152.
- Císařová D., Sovová O.** Trestní právo a zdravotnictví. Praha, LexisNexis CZ - Orac, 2004, 183 s.

- Císařová D., Fenyk J., Gřivna T. a kol.** Trestní právo procesní. Praha: ASPI, 2008.
- Cohen F.L.** The expert medical witness in legal perspective // Journal of legal medicine, 2004, 25 (2), p. 185-209.
- Cohen K.S.** Expert witnessing and scientific testimony: surviving in the courtroom. London: CRC Press, 2007.
- Corbi J.E., Prades J.L.** Mind, causes, and mechanisms: a case against physicalism. Wiley-Blackwell, 2000, 265 pp.
- Cramer L.D.** Hospital variation in quality of care for patients with colon cancer. Yale University, 2008, 161 pp.
- Crosby E.** Medical malpractice and anesthesiology: literature review and role of the expert witness // Canadian journal of anesthesia, 2007, 54 (3), p. 227-241.
- Cwik C.H., Witt H.E.** Scientific Evidence Review: current issues at the crossroads of science, technology, and the law. American Bar Association, 2007, 171 pp.
- Danner D.** Expert witness checklist. Lawers Co-operative Pub Co, 1983, 901 pp.
- Darmody J.V.** An exploratory study of the work of clinical nurse specialists in the acute care setting: Structure, process, outcomes, and cost. ProQuest, 2008, 159 pp.
- Dechter R., Geffner H., Halpern J.Y.** Heuristics, probability and causality. College Publications, 2010, 580 pp.
- Dettmeyer R., Egl M., Madea B.** Medical malpractice charges in Germany – role of the forensic pathologist in the preliminary criminal proceeding // J Forensic Sci, 2005, 50 (2), p. 1 – 5.
- Deutsch L.M.** Medical records for attorneys. ALI-ABA, 2001, 427 pp.
- Donabedian A.** Evaluating the quality of medical care // Milbank Quaterly, 2005, 83 (4), p. 691-729.
- Dorfl L.** Zákon o znalcích a tlumočnících. Komentář. Praha, C.H. Beck, s.r.o., 2009, 205 str.

- Dostál O.** Právní odpovědnost, práva pacientů a kvalita ve zdravotnictví // Zdravotnictví a právo – 2007, 05.(125) – s. 3-9.
- Dowe P., Noordhof P.** Cause and chance: causation in an indeterministic world. Routledge, 2004, 211 pp.
- Dowe P.** Physical causation. Cambridge University Press, 2007, 236 pp.
- Draper F.W.** Medical expert testimony. BiblioBazaar, 2010, 496 pp.
- Drury M.** Clinical negligence in general practice. Radcliffe Publishing, 2000, 235 pp.
- Dute J., Faure M.G., Koziol H.** No-fault compensation in the health care sector. Springer, 2004, 492 pp.
- Dvořáková V.** Pochybení a sankce při poskytování lékařské péče. Praha, Grada Publishing, 2007, 76 pp.
- Earp J.A., French E.A., Gilkey M.B.** Patient advocacy for health care quality: strategies for achieving patient-centered care. Jones and Bartlett Learning, 2008, 614 pp.
- Eggleston K.** Hospital ownership and quality of care: what explains the different results? National Bureau of Economic Research, 2006, 32 pp.
- Environment of care:** essentials for health care. Joint Commission Resources, 2009, 204 pp.
- Eom S.B.** Reference disciplines of decision support systems. In: F. Burstein, C.W. Holsapple. Handbook on decision support systems 1. Basic themes. 2008, vol. 1, p. 141-159.
- Erofeev S.V., Novoselov V.P.** Unfavourable outcome of medical service: study of the problem in forensic medicine // Sud Med Ekspert, 2008, 51 (1), p. 35-38.
- Eva K.W., Norman G.R., Neville A.J., Wood T.J., Brooks L.R.** Expert-novice differences in memory: a reformulation // Teaching and learning in medicine, 2002, vol. 14 (4), p. 257-263.
- Faigman D.L.** Modern scientific evidence: the law and science of expert testimony. Thomson/West, 2005, 1452 pp.

Faure M.G., Koziol H., Cousy H. Cases on medical malpractice in a comparative perspective. Springer, 2001, 229 pp.

Figueira J., Greco S., Ehr Gott M. Multiple criteria decision analysis. Springer, 2005, 1045 pp.

Fincham J.E. Patient compliance with medications: issues and opportunities. Routledge, 2007, 232 pp.

Fisher J. Forensic under fire: are bad science and dueling experts corrupting criminal justice? Rutgers University Press, 2008, 324 pp.

Forýtková L., Bourek A. Standardy léčebných postupů a kvalita ve zdravotní péči - Manuál zvyšování kvality péče pro nemocnice, polikliniky, praktické lékaře a specialisty. Praha: Verlag Dashöfer, 2010. 250 s.

Freckelton I.R., Mendelson D. Causation in law and medicine. Ashgate/Dartmouth, 2002, 524 pp.

Freeman J.M., Nelson K.B. Expert medical testimony. Responsibilities of medical societies // Neurology, 2004, 63 (9), p. 1557-8.

Fryšták M., Krejčí Z. Postavení znalce v trestním řízení. Brno: Masarykova univerzita, 2009, 167 s.

Fryšták M., Galát M., Heinz R., Prouza D., Žátecká E. Trestní právo procesní. Ostrava: Key Publishing, 2009, 265 s.

Fumerton R., Kress K. Causation and the law: preemption, lawful sufficiency, and causal sufficiency // Law and Contemporary Problems, 2001; 64, p. 83-105

Ghaye T. Building the reflective healthcare organisation. John Wiley and sons, 2008, 256 pp.

Ghosh R. Clinical audit for doctors. MY Books, 2009, 122 pp.

Giannelli P.C., Imwinkelried E.J. Scientific evidence. Lexis Law Publishing, 1999, 496 pp.

Gladkij I., Heger L., Strnad L. Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999, 183 pp.

Glasziou P., Del Mar C., Salisbury J. Evidence-based practice workbook: bridging the gap between health care research and practice. John Wiley and sons, 2007, 202 pp.

Goddard W., Melville S. Research methodology. Juta and Company, 2004, 160 pp.

Golann D. Dropped Medical Malpractice Claims: Their Surprising Frequency, Apparent Causes, And Potential Remedies // Health Aff., 2011, 30 (7), p. 1343-1350.

Goldberg R. Causation and risks in the law of torts: scientific evidence and medicinal product liability. Hart, 1999, 260 pp.

Goles E., Martinez S. Complex systems. Springer, 2001, 300 pp.

Green E.D., Nesson C.R., Murray P.L. Problems, cases, and materials on evidence. Aspen Law and Business, 2000, 316 pp.

Greenberg S.A., Shuman D.W., Feldman S.R., Middleton C., Ewing C.P. Lessons for forensic practice drawn from the law of malpractice. In: Forensic Psychology: emerging topics and expanding roles. Ed.: A.M. Goldstein, USA, John Willey and sons, 2007, p. 446-460.

Greenes R.A. Clinical decision support: the road ahead. Academic Press, 2007, 581 pp.

G'Sell-Macrez F. Medical malpractice and compensation in France. Part I. The French rules of medical liability since the Patients' Rights Law of March 4, 2002 // Chicago-Kent Law Review, 2011, 86 (3), p. 1093-1123.

Gumel A.B., Castillo-Chávez C., Mickens R.E., Clemence D.P. Mathematical studies on human disease dynamics: emerging paradigms and challenges. Joint Summer Research Conference on modeling the dynamics of human diseases: emerging paradigms and challenges, July 17-21, 2005, Snowbird, Utah, American Mathematical Soc., 2006, 389 pp.

Gunn S.W. Základní lidské právo na zdraví // Urgentní medicína, 2004, 4, s. 27-8.

- Hadley K., Fereday M.J.** Ensuring competent performance in forensic practice: recovery, analysis, interpretation, and reporting, Taylor and Francis, 2007, 240 pp.
- Hall E.J.** Causation and counterfactuals. MIT Press, 2004, 481 pp.
- Hamanová L.** Prokazování příčinné souvislosti ve sporech o náhradu škody na zdraví způsobene postupem lékaře non lege artis // Časopis zdravotnického práva a bioetiky, 2011, 1 (1), s. 61-74.
- Hammond C.B., Schwartz P.A.** Ethical Issues related to medical expert testimony // Obstetrics and Gynecology, 2005, 106 (5), p. 1055-58.
- Hanák J.** Odpovědnost znaleckých ústavů za znalecký posudek. In: Masaryk University the Conference proceedings, Ed. by: R. David, J. Neckář, D. Sehnálek, 2009, Brno.
- Handfield T.** Dispositions and causes. Clarendon Press, 2009, 343 pp.
- Hegner B.R., Acello B., Caldwell E.** Nursing Assistant: A Nursing Process Approach – Basics. Cengage Learning, 2009, 676 pp.
- Henderson C., Lenz K.W.** Legal issues concerning expert evidence and testimony // In: A. Mozayani, C. Noziglia. The forensic laboratory handbook procedures and practice, Springer, 2011, p. 181-212.
- Henifin M.S., Kipen H.M., Poulter S.R.** Reference guide on medical testimony. In: Reference manual on scientific evidence. Ed. by F.J. Center, 2000, p. 441-484.
- Hess K.M., Orthmann C.H.** Criminal investigation. Cengage learning, 2009, 725 pp.
- Hildebrand B., Kuther S.S., Dreher I.** Expert assessment of medical treatment errors – a new responsibility for the medical service of health insurance // Gesundheitswesen, 1999, 61 (1), p. 8-12.
- Hoffmann T., Bennett S., Del Mar C.** Evidence-based practice across the health professions. Elsevier Australia, 2009, 349 pp.
- Hollnagel E.** Barriers and accident prevention. Ashgate Publishing Ltd., 2004, 226 pp.

- Hookman P.** Medical malpractice expert witnessing: introductory guide for physicians and medical professionals. CRC Press, 2008, 552 pp.
- Hookman P.** Medical expert testimony: advanced syllabus for healthcare professionals. Potomac Press, 2009, 495 pp.
- Horn R.A., Johnson C.R.** Matrix Analysis. Cambridge University Press, 2009, 561 pp.
- Hospers J.** An introduction to philosophical analysis. Routledge, 1997, 288 pp.
- Howick J.H.** The philosophy of evidence-based medicine. John Wiley and sons, 2011, 248 pp.
- Hroboň P., Macháček T., Julínek T.** Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století, Praha, 2005.
- Hurwitz B., Sheikh A.** Health care errors and patient safety. John Wiley and sons, 2011, 288 pp.
- Ivkovic S.K., Hans V.P.** Jurors' evaluation of expert testimony: judging the messenger and the message // Law and social inquiry, 2003, 28 (2), p. 441-82.
- Iyer P.W., Levin B.J.** Medical legal aspects of medical records. Lawyers & Judges Publishing Company, 2006, 964 pp.
- Janakiraman V.S., Sarukesi K.** Decision support systems. PHI Learning Pvt., 2004, 221 pp.
- Jelínek J. a kol.** Trestní právo procesní: podle novelizované právní úpravy. Praha: Leges, 2010
- Jenicek M.** Medical error and harm: understanding, prevention, and control. Taylor and Francis, 2010, 360 pp.
- Jenicek M., Hitchcock D.** Evidence-based practice: logic and critical thinking in medicine. AMA Press, 2005, 302 pp.
- Jones D.B., Tichansky D., Morton J.** The Sages manual of quality, outcomes and patient safety. Springer, 2011, 597 pp.
- Kabene S.M.** Healthcare and the effect of technology: developments, challenges and advancements. Idea Group Inc, 2010, 370 pp.

- Kafka T.** Průvodce pro interní audit a risk management. C.H. Beck, 2009, 167 s.
- Kaiser V.** Current quality problems in medical expert assessment. Significant problems from the administrative viewpoint // *Der Unfallchirurg*, 2001; 104 (10), p. 1022-24
- Kane R.L.** Understanding health care outcomes research. Jones and Bartlett Learning, 2006, 404 pp.
- Kane R.L., Radosevich D.M.** Conducting health outcomes research, Jones and Bartlett Learning, 2010, 354 pp.
- Kavaler F., Spiegel A.D.** Risk management in health care institutions: a strategic approach. Jones and Bartlett Learning, 2003, 444 pp.
- Keller K.S.** Bridging the the analytical gap: the Gammill alternative to overcoming Robinson and Havner challenges to expert testimony // *St. Mary's Law Journal*, 2001; 33, p. 277-306
- Kelly D.L.** Applying quality management in healthcare: a systems approach. Health Administration Press, 2007, 255 pp.
- Kendler K.S., Parnas J.** Philosophical issues in psychiatry: explanation, phenomenology, and nosology. JHU Press, 2008, 407 pp.
- Kennedy D., Merrill R.A.** Assessing forensic science: the Supreme court has clarified the standards for expert testimony. Now the forensic sciences must demonstrate that they make the grade // *Issues in science and technology*, Fall 2003
- Kesselheim A., Studdert D.M.** Professional oversight of physician expert witnesses: an analysis of complaints to the professional conduct committee of the American association of neurological surgeons, 1992-2006 // *Annals of surgery*, 2009; 249 (1), p. 168-172.
- Khan M., Robson M., Swift K.** Clinical negligence. Routledge, 2002, 542 pp.
- Khatchadourian H.** Meaning and criteria: with applications to various philosophical problems. Peter Lang, 2007, 324 pp.

- Khoumbati K., Dwivedi Y.K., Srivastava A.** Handbook of research on advances in health informatics and electronic healthcare applications: global adoption and impact of information communication technologies. Idea Group, 2010, 628 pp.
- Khoury L.** Uncertain causation in medical liability. Hart, 2006, 270 pp.
- Kim H.C.** Mental causation, intentional action and explanatory practice. Rroquest, 2008, 217 pp.
- Kistler M.** Causation and laws of nature. Taylor and Francis, 2006, 264 pp.
- Kistler M., Gnassounou B.** Dispositions and causal powers. Ashgate Publishing, 2007, 303 pp.
- Klevno V.A.** The application of the medical criteria for the harm to health: expert and law-enforcement practice // Sud Med Ekspert, 2011, 54 (5), p. 41-9
- Kluge R., Koob R.** Expert assessment of medical malpractice // Der Orthopade, 2001; 30 (2), p. 117-20
- Kohn L.T., Corrigan J., Donaldson M.S.** To err is human: building a safer health system. National Academies Press, 2000, 287 pp.
- Kothari C.R.** Research methodology: methods and techniques. New Age International, 2008, 418 pp.
- Kothe R., Machutová M., Kašpar L., Bremert R., Blendinger J.** Kriminalistika. Fraus, 2007
- Kozhevnikov M.** Cognitive styles in the context of modern psychology: Toward an integrated framework of cognitive style // Psychological Bulletin, 2007; 133(3), p. 464-481
- Krauss D.A., Sales B.D.** The effects of clinical and scientific expert testimony on juror decision making in capital sentencing // Psychology, Public Policy, and Law, 2001; 7(2), p. 267-310
- Křepelka F.** Evropské zdravotnické právo. Praha, Orac, 2004
- Lachs J., Talisse R.B.** American philosophy: an encyclopedia. Routledge, 2008, 847 pp.
- Lange M.** Philosophy of science: an anthology. Wiley-Blackwell, 2007, 649 pp.

- Laycock H.** "Object", The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Winter 2011 Edition), Edward N. Zalta (ed.), <http://plato.stanford.edu/archives/win2011/entries/object>
- Leung S.K.** Causation and causality: two mirrors of the cause. Janus Publishing Company Lim., 2002, 122 pp.
- Levett J.M., Burney R.G.** Using ISO 9001 in healthcare: applications for quality systems, performance improvement, clinical integration, and accreditation. ASQ Quality Press, 2011, 120 pp.
- Lieberman J.D., Krauss D.A.** Psychological expertise in court. Ashgate Publishing Ltd., 2009, 182 pp.
- Lighter D.E.** Basics of health care performance improvement: a lean six sigma approach. Jones and Bartlett Publishers, 2011, 342 pp.
- Lighter D.E., Fair D.C.** Principles and methods of quality management in health care. Jones and Bartlett Learning, 2004, 458 pp.
- Lionel H., Hart A., Honoré T.** Causation in the law. Clarendon press, 1985, 516 pp.
- Liu E.T., Lauffenburger D.A.** Systems biomedicine. Academic press, 2009, 438 pp.
- Llano A.** Gnoseology. Sinag-Tala, 2001, 140 pp.
- Lubet S., Boals E.I.** Expert testimony: a guide for expert witnesses and the lawyers who examine them. National Institute for trial advocacy, 2009, 188 pp.
- Mach J. a kol.** Zdravotnictví a právo, Praha, Orac, 2003, 351 s.
- Mach J.** Lékař a právo. Praha, Grada Publishing, 2010, 320 s.
- Machula T.** Causa efficiens: příčina účinná a princip kauzality mezi realismem a redukcionismem. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2009, 92 s.
- Madea B., Preub J.** Medical malpractice as reflected by the forensic evaluation of 4450 autopsies // Forensic Science International, 2009; 190 (1), p. 58-66
- Mangalmurti S.S., Murtagh L., Mello M.M.** Medical Malpractice Liability in the Age of Electronic Health Records // N Engl J Med 2010; 363, p. 2060-67

- May B.J., Dennis J.K.** Expert decision making in physical therapy – a survey of practitioners // *Physical Therapy*, 1991; 71 (3), p. 190-202
- McClellan F.M.** *Medical malpractice: law, tactics, and ethics*. USA, Temple University Press, 1994
- McConnell C.R.** *The effective healthcare supervisor*. Jones and Bartlett Publishers, 2011, 536 pp.
- McGrew T., Alspector-Kelly M., Allhoff F.** *The philosophy of science: an historical anthology*. John Wiley and sons, 2009, 660 pp.
- McGuinness B.F.** *Causality and logical positivism*. Springer, 2011, 369 pp.
- McLain M., Lynn R.** *Expert Testimony and Scientific Evidence* (October 16, 2003). University of Baltimore School of Law Legal Studies Research Paper. Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1636346>;
- McLaughlin C.P., Johnson J., Sollecito W.A.** *Implementing continuous quality improvement in health care*. Jones and Bartlett Publishers, 2011, 394 pp.
- Medical staff** performance improvement. USA. Joint Commission Resources. 2001, 132 pp.
- Meine J.** Accident medical expert assessment in Switzerland – does it meet current quality requirements? // *Swiss Surg*, 1998; 4(2), p. 53-57
- Melnick E.L., Everitt B.** *Encyclopedia of quantitative risk analysis and assessment*. John Wiley and sons, 2008, 2176 pp.
- Merry A., McCall Smith A.** *Errors, Medicine, and the law*. Cambridge University Press, 2001, 254 pp.
- Mezinárodní akreditační standardy** pro nemocnice. Joint Commission International. Grada Publishing, 2008, 309 s.
- Mezinárodní standardy DIN EN ISO 9001:2000**. Oddíl «Systémy manažementu kvality. Požadavky»
- Mick S.S., Wyttenbach M.E.** *Advances in health care organization theory*. Jossey-Bass, 2003, 408 pp.

- Midlov P., Eriksson T., Kragh A.** Drug-related problems in the elderly. Springer, 2009, 136 pp.
- Miller N.S.** Expert witness in civil and criminal testimony. In: Principles of addictions and the law: applications in forensic, mental health and medical practice. Elsevier, USA, 2010, p.159-166
- Mnookin J.L.** Expert evidence, partisanship and epistemic competence. Brooklyn Law Review, 73 (587), 2008.
- Moore M.S.** Causation and responsibility: an essay in law, morals, and metaphysics. Oxford University Press, 2010, 640 pp.
- Morgan S.L., Winship C.** Counterfactuals and causal inference: methods and principles for social research. Cambridge University Press, 2007, 319 pp.
- Morse J.M., Swanson J.M., Kuzel A.J.** The nature of qualitative evidence. SAGE, 2001, 321 pp.
- Moumtzoglou A., Kastania A.** E-Health systems quality and reliability: models and standards. Idea Group Inc., 2010, 350 pp.
- Mulheron R.** Medical negligence: non-patient and third party claims. Ashgate Publishing Ltd., 2010, 419 pp.
- Mulholland M.W., Doherty G.M.** Complications in surgery. Lippincott Williams & Wilkins, 2011, 884 pp.
- Musil J.** Hodnocení znaleckého posudku // Kriminalistika, 2010; 3, s. 9-16
- Musil J., Kratochvíl V., Šámal P.** Kurs trestního práva: trestní právo procesní. Praha: C.H. Beck. 2007
- Musil J., Konrád Z., Suchánek J.** Kriminalistika. C.H. Beck, 2001, 512 s.
- Nash D.B., Goldfarb N.I.** The quality solution: the stakeholder's guide to improving healthcare. Jones and Bartlett Learning, 2006, 321 pp.
- Nicolis G.** Foundations of complex systems: nonlinear dynamics, statistical physics, information and prediction. World Scientific, 2007, 328 pp.
- Noah L.** Standards for medical expert testimony // JAMA, 2002; 288 (23), p.2972-73

- Noguchi T.T.** Medical malpractice claims in quality improvement program as viewed by a forensic pathologist // *The Japanese journal of legal medicine*, 2002; 56 (2-3), p. 205-18
- Northrop R.B.** Introduction to complexity and complex systems. CRC Press, 2010, 531 pp.
- Novotný F., Souček J. a kol.** Trestní právoprosesní. Plzeň: vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2009
- O'Hear A.** Philosophy of science. Cambridge University Press, 2007, 278 pp.
- O'Toole T.M.** An analysis of factors associated with responsibility attribution in incidents of medical malpractice. USA, ProQuest, 2007
- Ongley J.** What is Analysis?, *The Bertrand Russell Society Quarterly*, 2005; 127, p. 33-52.
- Ott W.R.** Causation and laws of nature in early modern philosophy. Oxford University Press, 2009, 260 pp.
- Paganini J.M.** Quality and efficiency of hospital care: the relationship between structure, process and outcome. Pan American Health Organization, 1993, 96 pp.
- Palmiotto M.** Criminal investigation. University Press of America, 2004, 348 pp.
- Patterson R.M.** Lawyers' medical cyclopedia of personal injuries and allied specialties. USA. LexisNexis, 2007.
- Payne-James J., Busuttil A., Smock W.S.** Forensic medicine: clinical and pathological aspects. Cambridge University Press, 2003, 832 pp.
- Pearl J.** Causality: models, reasoning, and inference. Cambridge University Press, 2000, 384 pp.
- Pellegrino E.D., Engelhardt H.T., Jotterand F.** The philosophy of medicine reborn. University of Notre Dame Press, 2008, 451 pp.
- Pena X.** The effective evaluation of expert reliability // *The review of litigation*, 2001; 20, p. 744-776
- Pescosolido B.A.** Handbook of the sociology of health, illness and healing. Springer, 2010, 571 pp.

Peters G.A., Peters B.J. Medical error and patient safety: human factors in medicine. CRC Press/Taylor and Francis, 2007, 233 pp.

Pigolkin J, Dubrovina I., Mirzoev K. The methodological basis for the expert assessment of unfavourable outcomes of the treatment // Sud Med Ekspert, 2011; 54 (2), p. 27-9

Policar R. Zdravotnická dokumentace v praxi. Grada Publishing, 2010, 223 s.

Popova T.G., Bazikian I.A., Pashinian G.A., Kamalian A.V., Kuraeva E. Concerning the criteria of expert assessment of unfavourable outcomes in implantological stomatology // Sud Med Ekspert, 2008, 51 (2), p. 21-3

Powers M., Harris N., Barton A. Clinical negligence. Tottel, 2008, 1895 pp.

Poynter D. The expert witness handbook. Para Publishing, 2004, 263 pp.

Psillos S. Causation and explanation. McGill-Queen's University Press, 2002, 324 pp.

Pyrek K. Forensic science under siege: the challenges of forensic laboratories and the medico-legal death investigation system. Academic Press, 2007, 537 pp.

Quirk M.E. Intuition and metacognition in medical education: keys to developing expertise. Springer Publishing Company, 2006, 151 pp.

Radnor A.T. Cross-examining doctors: a practical guide. Amer Law Inst, 2010, 250 pp.

Rambaud C., Mireau E., Durigon M. Forensic pediatric autopsy and medical responsibility // Ann Pathol, 2005, 25 (3), p. 197-203

Rassell B. Our knowledge of the external world. Taylor and Francis, 2009, 210 pp.

Reason J.T. Human error. Cambridge University Press, 1990, 302 pp:

Redfern S.J., Norman I.J. Clinical audit, related cycles and types of health care quality: a preliminary model // Int. J. Qual. Health Care, 1996; 8, p. 331–340

Reed J. Current status of the admissibility of expert testimony after Doubert and Joiner // Journal of forensic neuropsychology, 1999; 1 (1), p. 49-69

Regt H.W., Leonelli S., Eigner K. Scientific understanding: philosophical perspectives. University of Pittsburgh Pre, 2009, 352 pp.

Repík B. Evropská úmluva o lidských právech a trestní právo. Praha, Orac, 2000

Richardson A.W. The Cambridge companion to logical empiricism. Cambridge University Press, 2007, 430 pp.

Riding R.I. Cognitive styles. Greenwood Publishing Group, 2000, 392 pp.

Riding R., Rayner S. Cognitive styles and learning strategies: understanding style differences in learning and behaviour. London, David Fulton Publishers, 1998, 217 p.

Riding R.J., Rayner S. International perspectives on individual differences. Greenwood Publishing Group, 2000, 392 pp.

Risk management handbook for health care organizations. Ed. By: R. Carroll. American Society for Healthcare Risk Management. John Wiley and sons, 2009, 700 pp.

Roach W.H. Medical records and law. Jones and Bartlett Learning, 2006, 591 pp.

Robbins J. Expert witness training: profit from your expertise. Presentation Dynamics, 2010, 302 pp.

Rosenthal M.M., Sutcliffe K.M. Medical error: what do we know? What do we do? – Jossey-Bass, 2002, 325 pp.

Rossi F.F. Expert witnesses. American Bar Association, 1991, 549 pp.

Rothstein M.A. Health Care Reform and Medical Malpractice Claims // J Law Med Ethics; 2010; 38(4): p. 871–874

Rycroft-Malone J., Bucknall T. Models and frameworks for implementing evidence-based practice: linking evidence to action. John Wiley and sons, 2011, 288 pp.

Sage W.M., Kersh R. Medical malpractice and the U.S. Health care system. Cambridge university press, 2006

Saks M.J. The Aftermath of Daubert: en evolving jurisprudence of expert evidence // Jurimetrics J., 2000, 40, p. 229-241

- Sanguineti J.J.** Logic and gnoseology. Urbaniana University Press, 1988
- Schaffer J.** Contrastive causation // *Philosophical Review*, 2005, 114, p. 327-58
- Schofferman J.** Opinions and testimony of expert witnesses and independent medical evaluators // *Pain medicine*, 2007; 8 (4), p.376-382
- Schwarzer W.W.** Management of expert evidence. In: *Reference Manual on Scientific Evidence*, 2000, pp. 9-35
- Shannon M.M.** Quality of care in health networks and health systems: the impact of inter-organizational structure on patient outcomes. University of California, Berkeley, 2001, 310 pp.
- Shuman D.W.** Expertise in law, medicine and health care // *Journal of health politics, policy and law*, 2001; 26 (2), p. 267-290
- Sloan F.A., Chepke L.M.** Medical malpractice. USA, 2008
- Sollecito W.A., Johnson J.** McLaughlin and Kaluzny's continuous quality improvement in health care. Jones and Bartlett Publishers, 2011, 624 pp.
- Sonny Bal B.** The expert witness in medical malpractice litigation // *Clinical orthopaedics and related research*, 2009; 467 (2), p. 383-391
- Spekowitz G., Wendler T.** Advances in healthcare technology: shaping the future of medical care. Springer, 2006, 538 pp.
- Spirtes P., Glymour C.N., Scheines R.** Causation, prediction, and search. MIT Press, 2000, 543 pp.
- Stamovlasis D., Tsaraplis G.** Cognitive variables in problem solving: a nonlinear approach // *International journal of science and mathematics education*. 2005; 3 (1), p. 7-32
- Stanton M.W.** Hospital nurse staffing and quality of care. U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Healthcare Research and Quality, 2004
- Stapleton J.** Choosing what we mean by „Causation“ in the law // *Missouri Law Review*, 2008; 73, p. 433-80
- Stepin V.S.** Theoretical knowledge. Springer, 2005, 398 pp.

Sternberg R.J., Zhang L.F. Perspectives of thinking, learning and cognitive styles. Taylor and Francis, 2001, 276 pp.

Sternberg R.J., Zhang L.F., Rayner S. Handbook of intellectual styles: preferences in cognition, learning and thinking. Springer Publishing Company, 2011, 448 pp.

Stolínová J. Občan, lékař a právo, Praha, Avicenum, 1990

Stolínová J., Mach J. Právní odpovědnost v medicíně, Praha, Galén, 1998

Stratton K.M. The relationship between pediatric nurse staffing and quality of care in the hospital setting. University of Colorado at Denver and Health Sciences Center, 2005, 464 pp.

Strengthening forensic science in the United States: a path forward. National Research Council (U.S.). Committee on Identifying the Needs of the Forensic Science Community, National Academies Press, 2009, 328 pp.

Strodel R.C. Medical evidence: acquisition and use. Lawyers and Judges Publishing Company, 2001, 329 pp.

Škrlová M. Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních. Grada Publishing, 2008, 199 pp.

Šnědar L. Základy zdravotnického práva. Praha, LexisNexis CZ, 2008

Štefan J., Mach J. Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi. Grada Publishing, 2005, 247 pp.

Tadros V. Criminal responsibility. Oxford University Press, 2005

Tan J. New technologies for advancing healthcare and clinical practices. Igi Global, 2011, 436 pp.

Těšinová J., Žďárek R., Polícar R. Medicínské právo. Praha, C.H. Beck, 2011, 448 s.

The Cambridge dictionary of philosophy, 2nd ed. Ed. by: R. Audi, Cambridge University Press, 1999

The Routledge Encyclopedia of Philosophy, ed. by: E. Craig, London, 1998

- Todaro G.J.** The admissibility of medical expert testimony in Ohio: Doubert, Joiners and Ohio's relevance-reliability standard // *Clev. St. L. Rev.*, 1998; 46, p. 319-360
- Tondl L.** O problémech a cílech řízení znalostí // *Teorie vědy*, 2011; 33 (3), s. 469-480
- Tooley M.** Time, tense, and causation. Oxford University Press, 1997, 399 pp.
- Tooley M.** Time and causation. Garland, 1999, 392 pp.
- Tooley M.** Necessity and possibility: Garland Pub., 1999, 394 pp.
- Torrigo L.** Vague causation // *Nous.- Biomington*, 2000; 34 (3), p. 313-347
- Turner S.** Causality. SAGE Publications, 2010, 1704 pp.
- Ulsenheimer K.** Drafting expert opinion reports in medical liability processes // *Anaesthesist*. 2011; 60(12), p. 1146-51
- Vaccaro A.R., Rihn J.A., Ryan D.F., Tucker W.S., Mandell P.J., Blackett W.B.** Medical expert testimony // *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 2010; 92 (15), p. 28-37
- Vallová M.** Ochrana spotřebitele podle práva EU v Česku a Rakousku. Brno, MU, 2006
- Van Gastel W.** Kompas: quality evaluation of the care structure in treatment centers for mildly mentally retarded children and young people with emotional and behavioral disturbances. Eburon, 2001, 231 pp.
- Vantuch P.** K reakci obhajoby a soudu na znalecký posudek předložený poškozeným // *Bulletin advokacie*, 2006; 7-8, s. 47-51
- Vincent C., Ennis M., Audley R.J.** Medical accidents. Oxford University Press, 1993, 239 pp.
- Vollers J., Michael M.D.** Teaching and learning styles // *International Anesthesiology clinics*, 2008; 46 (4), p. 27-40
- Vondráček L., Vondráček J.** Pochybení a sankce při poskytování chirurgické péče. Grada Publishing, 2008, 96 pp.

Walling A.M. Measuring the quality of care at end of life in the hospital. University of California, Los Angeles, 2010, 190 pp.

Waluube D. Medical errors and adverse events. Managing the aftermath. Xlibris Corporation, 2011, 200 pp.

Wehner M. Proof of efficacy as basis for assessment of diagnostic and therapeutic methods in medical expert testimony // *Versicherungsmedizin*, 2002; 54 (4), p. 182-4

Weiss N.S. Clinical epidemiology: the study of the outcome of illness. Oxford University Press, 2006, 178 pp.

Welner M., Mastellon T., Steward J., Weinert B., Stratton J.M. Peer-reviewed forensic consultation: safeguarding expert testimony and protecting the uniformed court // *Journal of forensic psychology practice*, 2012; 12 (1), p. 1-34

Williams A.G. Medical Expert Testimony: Advanced Syllabus for Healthcare Professionals // *JAMA*, 2010; 303 (4), p. 369

Wojner A. Outcomes management: applications to clinical practice. Mosby, 2001, 324 pp.

Woodward J. Making things happen: a theory of causal explanation. Oxford University Press, 2005, 402 pp.

Wright D.J. Medical malpractice and physician liability under a negligence rule // *International Review of Law and Economics*, 2011; 31, p. 205-11

Youngberg B. Principles of risk management and patient safety. Jones and Bartlett Learning, 2010, 504 pp.

Zakharov S. Znalecká analýza léčebně diagnostického procesu podle materiálů trestněprávních a občanskoprávních věcí souvisejících s nedodržením povinností zdravotnických pracovníků. // *Zdravotnictví a právo*, 2007; 2, s. 7 – 10

Zakharov S. Základy znalecké analýzy podle materiálů trestněprávních a občanskoprávních věcí souvisejících s nedodržením povinností zdravotnických pracovníků // *Zdravotnictví a právo*, 2007; 5, s. 16 – 20

Zakharov S. Znalecká analýza výsledků léčebně diagnostického procesu a příznaků příčinné souvislosti. // Zdravotnictví a právo, 2007; 6, s. 14 – 17

Zakharov S. Teoretické předpoklady znalecké analýzy kvality lékařské péče podle materiálů trestněprávních a občanskoprávních případů souvisejících s nedodržením povinností zdravotnických pracovníků // Zdravotnictví a právo, 2007; 7-8, s. 45 – 48

Zakharov S. Nepříznivý výsledek léčení: zkoumání a hodnocení důkazů v rámci trestněprávního případu způsobení újmy na zdraví (smrti) lékařem // Zdravotnictví a právo, 2007; 11, s. 9 – 16

Zakharov S. Nepříznivý výsledek léčení: zkoumání a hodnocení důkazů v rámci občanskoprávního případu. // Zdravotnictví a právo, 2007; 12, s. 12 – 17

Zakharov S. Právní analýza činnosti zdravotnických pracovníků v případě nepříznivého výsledku léčení // Zdravotnictví a právo, 2008; 2 (134), s. 15-18

Zakharov S. О методике экспертного анализа неблагоприятных исходов лечения, обусловленных закономерным развитием заболеваний // Федерální vědecko-praktický časopis «Медицинское право» („Medicínské právo“) – 2008, 04 (24), s. 36-40.

Zakharov S. Методика экспертного анализа неблагоприятного исхода лечения вследствие закономерного развития заболевания // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Юридическое и деонтологическое обеспечение прав российских граждан на охрану здоровья». Суздаль, Российская Федерация, 28-29 мая 2008 г. - ISBN 978-5-87596-105-2, p. 303-308

Zakharov S. Применение экспертных критериев правильности и полноты лечебно-диагностического процесса в профилактике неблагоприятных исходов лечения в медицинских учреждениях // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Юридическое и деонтологическое обеспечение прав российских граждан на охрану здоровья». Суздаль, Российская Федерация, 28-29 мая 2008 г.

Zakharov S. Nepříznivý výsledek léčení jako následek zákonitého vývoje onemocnění (úrazu) // *Zdravotnictví a právo*, 2008; 5, s. 19-22

Zakharov S. Nepříznivý výsledek léčení jako následek nehody v lékařské praxi nebo nesprávných jednání pacienta // *Zdravotnictví a právo*, 2008; 6, s. 10-13

Zakharov S. Nepříznivý výsledek léčení jako následek nesprávných zaviněných jednání zdravotnických pracovníků // *Zdravotnictví a právo*, 2008; 7-8, s. 26-30

Zakharov S. Nepříznivý výsledek léčení jako následek nesprávných zaviněných jednání zdravotnických pracovníků (pokračování) // *Zdravotnictví a právo*, 2008; 9, s. 9-13

Zakharov S. Nepříznivý výsledek léčení jako následek profesní chyby zdravotnického pracovníka // *Zdravotnictví a právo*, 2008; 10, s. 10-15

Zakharov S. Hodnocení vztažnosti a přípustnosti znaleckých posudků podle materiálů trestněprávních a občanskoprávních případů souvisejících s nedodržením povinností zdravotnických pracovníků // *Zdravotnictví a právo*, 2008; 11, s. 11-15

Zakharov S. Hodnocení věrohodnosti znaleckých posudků podle materiálů trestněprávních a občanskoprávních případů souvisejících s nedodržením povinností zdravotnických pracovníků // *Zdravotnictví a právo*, 2008; 12, s. 15-19

Zakharov S. The assessment of expert testimony relevance and admissibility in medical malpractice cases in the Czech Republic. Can American judicial practice help us? // *MED LAW*, 2011; 30 (1), p. 147-165

Zakharov S. The assessment of expert testimony relevance and admissibility in medical malpractice cases in the Czech Republic // *Romanian Journal of Legal Medicine (RJLM)*, 2011; 19 (1), p. 59-69

Zakharov S. The expert testimony relevance and admissibility in medical malpractice cases // *Medicine and Law*, 2011; 30 (1)

Zakharov S. The problems of a medical expert's testimony reliability assessment in medical malpractice cases // *Romanian Journal of Legal Medicine*, 2011, 19 (4), p. 291-94

Zhang L., Sternberg R.J. The nature of intellectual styles. Routledge, 2006, 235 pp.

Zhang L.F., Sternberg R.J. Perspectives on the nature of intellectual styles. Springer Publishing Company, 2009, 310 pp.

Акопов В.И., Маслов Е.Н. Право в медицине. М.: Книга-Сервис, 2002. – 348 с.

Акопов В.И., Маслов Е.Н. Сравнительная оценка заключений комиссии служебной проверки и судебно-медицинской экспертной комиссии по материалам дела при неблагоприятных исходах оказания медицинской помощи / Научные труды 1-го Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Москва, 25-27 июня 2003 г. – Под ред. Ю.Д. Сергеева. - Том 1. – 2003. – С. 193 – 197.

Алексеева И.Ю. О понятии как форме представления знаний // Философские исследования, 1999; 1, С. 161 - 178.

Андреева Е.С. О системе понятия // Философские исследования. 1999; 2, С. 146-157

Ардашкин А.П. Предмет судебно-медицинской экспертизы по делам, связанным с профессиональной деятельностью медицинских работников / Вопросы судебной медицины и права. Под ред. В.В. Сергеева и др. – Самара: СамГМУ, 2001.- С. 12 - 15.

Ардашкин А.П., Кулахметова Н.Ф. Принципы судебно-медицинской оценки причинной связи событий «болезнь-травма-исход» / Вопросы судебной медицины и права. Под ред. В.В. Сергеева и др. – Самара: СамГМУ, 2001.- С. 15 - 22.

Белкин Р.С. Курс криминалистики. В 3 т. Т.2: Частные криминалистические теории. – М.: Юрист, 1997. – С. 311 - 317.

Вермель И.Г. Судебно-медицинская экспертиза лечебной деятельности. Вопросы теории и практики. – Свердловск: Издательство Уральского университета, 1998. – 110 с.

- Винер Н.** Кибернетика или управление и связь в животном и машине. – М.: Наука, 1998. – 320 с.
- Вялков А.И.** Управление качеством в здравоохранении // Проблемы управления здравоохранением, 2003; 1 (8), 5–12
- Губский Е.Ф., Кораблева Г.В., Лугченко В.А.** Философский энциклопедический словарь. – М.: Инфра-М, 2002.
- Гублер Е.В.** Информатика в патологии, клинической медицине и педиатрии.- М.: Медицина, 1990.
- Дргонец Я., Ходлендер П.** Современная медицина и право / Пер. со словац. – М., 1991. – 332 с.
- Дулов А.В.** Метод криминалистического анализа. Минск: Экоперспектива, 1998.
- Ерофеев С.В.** Судебно-медицинская экспертиза неблагоприятных исходов при оказании медицинской помощи. Дис. на соиск. учен. степени доктора мед. наук. – М., 2000. – 306 с.
- Ерофеев С.В., Жаров В.В.** Конфликт между пациентом и медицинским персоналом: анализ и предупреждение // Медицинское право, 2003; 1, С. 22-24.
- Зеленов Л.А.** Критерии научности / Новые идеи в философии. – Вып. 9. - Пермь, 2000. - С. 20 - 23.
- Зимин С.М.** Алгоритмы познания: операционально-когнитивный анализ / Бытие и познание. – Саратов, 1999. - С. 31 - 34
- Зорин Г.А., Зорина М.Г., Зорин Р.Г.** Возможности криминалистического анализа в процессах предварительного расследования, государственного обвинения и профессиональной защиты по уголовным делам. - М.: Юрлитинформ, 2001.
- Клионский А.Б.** Две культуры: заметки на рубеже веков// Философия науки, 1998; 1, С. 74 - 76.

Колдин В.Я. Проблемы теории и методологии комплексных исследований в судебной экспертизе и доказывании // Вестник Московского университета. Серия 11. Право. - № 1. - 1996. - С. 42 - 50.

Колкутин В.В., Пименов А.Б. Анализ дефектов медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях Минздрава России. / Вопросы судебной медицины и права. Под ред. В.В. Сергеева и др. – Самара: СамГМУ. – 2001. – с. 143-148.

Колмогоров А.А. Три подхода к определению понятия «количество информации» / Проблемы передачи информации. – Вып.1. – 1965. – С. 5 – 28.

Кузнецов Н.А., Мухелишвили Н.Л., Шрейдер Ю.А. Информационное взаимодействие как объект научного исследования // Вопросы философии, 1999; 1, С. 77-87.

Кучеренко В.З., Яковлев Е.П., Кудрявцев Ю.Н., Трофимов А.С. Некоторые подходы к оценке качества лечебно-диагностического процесса. // Проблемы управления здравоохранением, 2003; 1 (8), С. 13 – 20.

Левин Г.Д. Теоретическая индукция, «общий предмет» и «правило Локка» // Вопросы философии, 1994; 12, С. 115-120.

Левин Г.Д. Анализ и синтез в геометрии. // Вопросы философии, 1998; 9, С.92-103.

Лекторский В.А. Субъект, объект, познание. – М.: Наука, 1980.

Мартишина Н.И. Обоснованность как характеристика научного знания: традиция и современность // Вестник Омского отделения Академии гуманитарных наук. – №4 - 2000. – С. 56 - 63.

Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И. Управление качеством медицинской помощи. – М.: Медицина, 2000. – 368 с.

Новоселов В.П. Ответственность работников здравоохранения за профессиональные правонарушения. - Новосибирск: Наука, 1998. – 231с.

Новоселов В.П., Канунникова Л.В. Правовое регулирование профессиональной деятельности работников здравоохранения. – Новосибирск: Издательство НГОНБ, 2000. – 256 с.

Островская Е.В. Особенности проведения судебно-медицинских экспертиз в случаях профессиональных правонарушений медицинских работников. // Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М., 2002. – 30 с.

Орлов Ю.К. Заключение эксперта и его оценка по уголовным делам. – М.: Юристъ, 1995. – С. 11 – 15.

Панкратьев В.Ф. Система философии. - Ярославль: ДИА-Пресс. - 2001. – 624 с.

Парфенова Е.Е. Управление процессами и процессный подход в системе качества предприятия / Методы реализации процессного подхода. Серия «Все о качестве. Отечественные разработки». Выпуск 10. 2002. М.: «Трек» С. 44– 48.

Пашинян Г.А., Беляева Е.В., Ромодановский П.О. Об оценке качества медицинской помощи при причинении вреда здоровью в случаях неблагоприятных исходов // Судебно-медицинская экспертиза, 2000; 2,С.14 – 19.

Пашинян Г. А., Беляева Е. В., Зайцев В. В., и др. Судебно-медицинская экспертиза по гражданским искам пациентов на некачественное оказание стоматологической помощи // Судебно-медицинская экспертиза, 2000; 6. – С.19-23

Пашинян Г.А., Жаров В.В., Зайцев В.В. Экспертиза профессиональных ошибок медицинских работников в гражданском судопроизводстве / Научные труды 1-го Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Москва, 25-27 июня 2003 г. – Под ред. Ю.Д. Сергеева. - Том 1. – 2003. – С. 23 – 28.

Пиголкин Ю.И., Нагорнов М.Н., Баринов Е.Х., Керецман И.Е., Морозов Ю.Е. Виды неблагоприятных исходов в медицинской практике /

Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности. Материалы 1-й Всероссийской научно-практической конференции. Москва, 16 мая 2003 г. Под общ. ред. С. Г. Стеценко. – М.: Юрист. – 2003. – С.268 – 270.

Пирс Дж. Символы, сигналы, шумы. Закономерности и процессы передачи информации. - М.: Мир, 1967. – 320 с.

Радченко М.В. Юридическая оценка ненадлежащих действий медицинских работников / Научные труды 1-го Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Москва, 25-27 июня 2003 г. – Под ред. Ю.Д. Сергеева. - Том 1. – 2003. – С. 232 – 235.

Санеев Ю.А. Сложные вопросы возмещения вреда, причиненного здоровью: точка зрения врача // Медицинское право, 2003; 1, С. 27 - 30.

Сахнова Т.В. Судебная экспертиза.- М.: Городец, 2000. – 367 с.

Сергеев В.В. Оценка достоверности заключений судебно-медицинского эксперта/Вопросы судебной медицины, медицинского права и криминалистики. Под ред. Сергеева В.В., Тарасова А.А. Самара, 1999, С.71 - 76.

Сергеев В.В. Оценка допустимости заключения судебно-медицинского эксперта/Информационно-методический сборник военной прокуратуры Приволжского военного округа. Под ред. Рушкина А.Н. - Выпуск 1. – Самара, 1999, С. 30 - 42.

Сергеев В.В., Захаров С.О., Ардашкин А.П., Тарасов А.А. Юридический анализ профессиональных ошибок медицинских работников. – Самара: «Сокол-Т», 2000. – 143 с.

Сергеев В.В. Характеристика заключения эксперта как средства доказывания / Вопросы судебной медицины и права. Под ред. В.В. Сергеева и др. – Самара: СамГМУ, 2001. - С. 214 - 223.

Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. – М.-Иваново, 2001. – 284 с.

Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Проблема ненадлежащего оказания медицинской помощи: методика изучения и актуальность // Медицинское право, 2003; 1, С. 4-7

Стародубов В.И., Луговкина Т.К. Клиническое управление. Теория и практика. – М.: Медицина, 2003. – 192 с.

Степин В.С. Теоретическое знание. – М.: Прогресс-Традиция, 2000. 743 с.

Тасева Е. Интуиция и доказательность // Философские альтернативы, 1998; 3 – 4, С. 23 - 26.

Тобес Б. Право на здоровье: теория и практика. М.: Устойчивый мир. 2001. 370 с.

Томилин В.В., Соседко Ю.И. Судебно-медицинская оценка дефектов оказания медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Российской Федерации // Судебно-медицинская экспертиза, 2000; 1, С. 3 - 7.

Томилин В.В., Соседко Ю.И. Обоснование основных понятий дефектов оказания медицинской помощи // Судебно-медицинская экспертиза, 2000; 6, С.4-13.

Фейнберг Е.Л. Искусство и познание // Вопросы философии, 1998; 6, С. 92 - 108.

Фомичев С.К., Скрыбина Н.И. Выбор, описание и улучшение процессов в системе менеджмента качества ИСО 9001:2000/Методы реализации процессного подхода. Серия «Все о качестве. Отечественные разработки». – Выпуск 10. – 2002. – М.: «Трек». – С. 23 – 34.

Хакен Г. Информация и самоорганизация. Макроскопический подход к сложным системам. – М.: Мир, 1991. – 386 с.

Эсакиа Л.Л. Доказуемые интерпретации интуиционистской логики // Логические исследования. – М., 1998. – Вып. 5. - С. 19 – 24

Příloha č. 1. Dotazník pro právníky

Vážené kolegyně, vážení kolegové!

Děkujeme Vám za laskavý souhlas s vyplněním dotazníku v rámci vědeckého záměru „Problémy znalecké analýzy dle trestněprávních a občanskoprávních soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby“. Níže uvedené otázky jsou určeny pro zjištění Vašeho odborného názoru na problém právní odpovědnosti lékaře v případě nepříznivého výsledku léčby a kvality znaleckého posudku jako jednoho ze soudních důkazů.

Dotazník je anonymní, získané údaje budou využity výhradně v rámci vědeckého výzkumu. Dotazy jsou dvou typů. V dotazech prvního typu vyberte nejvhodnější z Vašeho hlediska odpověď (označte ji kroužkem nebo křížkem). V dotazech druhého typu je nutno zhodnotit dle 3-bodové stupnice určité skutečnosti (1 bod – minimální hodnocení, 2 body – průměrné hodnocení, 3 body – maximální hodnocení). Připouští se hodnocení vyjádřené desetinnými zlomky (1,7; 2,5 atd.).

1. Váš věk.
2. Počet let právnické praxe.
3. Byly ve Vaší praxi soudní případy spojené s nenáležitým plněním zdravotnickými pracovníky profesních povinností?
 - A. Byly (1-2 případy). B. Byly (3 a více případů). C. Nikdy nebyly.
4. Dejte charakteristiku pojmu "lékařský omyl":
 - A. Zaviněná jednání lékaře.
 - B. Nesprávná jednání lékaře v dobré víře.
 - C. Nehoda v lékařské praxi.
 - D. Není to právnický pojem.
5. Jakou roli hrají pro zabezpečení všestrannosti znaleckého zkoumání dle materiálů takzvaných „lékařských“ případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby následující prvky (1 až 3 body):
 - 5.1. Analýza charakteru přítomného onemocnění (úrazu).
 - 5.2. Analýza organizace a podmínek poskytování zdravotní péče.
 - 5.3. Analýza správnosti, úplnosti, včasnosti a adekvátnosti diagnostických a léčebných opatření
 - 5.4. Analýza výsledků diagnosticko léčebného procesu
 - 5.5. Analýza příznaků příčinné souvislosti mezi jednáními zdravotnického pracovníka a újmou na zdraví (úmrtím) pacienta.
 - 5.6. Analýza kvalifikačních a osobnostních vlastností zdravotnického pracovníka.
 - 5.7. Analýza vnějších a vnitřních faktorů podmiňujících výskyt nepříznivého výsledku léčby.
6. Jakou roli hrají pro zabezpečení úplnosti znaleckého zkoumání dle materiálů takzvaných „lékařských“ případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby následující prvky (1 až 3 body):
 - 6.1. Přípustnost znalecké iniciativy (odpovědí na otázky nepřítomné v znaleckém

úkolu, ale vztažné k dokazovaným skutečnostem).

6.2. Zajištění možnosti vyhotovení komisního posudku, přibrání jiných odborníků (např. psychologa).

6.3. Účast znalce na jednotlivých vyšetřovacích úkonech (například výslech).

6.4. Zajištění možnosti přístupu znalce ke zdravotnické dokumentaci v plném rozsahu a k jiným materiálům soudního případu.

7. Váš názor na problém současné normativní reglementace znalecké činnosti:

A. Normativní reglementace znalecké činnosti je dostatečná a adekvátní.

B. Je zapotřebí detailnější reglementace procesní stránky znalecké činnosti.

C. Je zapotřebí detailnější reglementace obsahové stránky znaleckého posudku.

D. Je zapotřebí jednotná metodika znalecké analýzy dle materiálů soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby.

8. Zhodnoťte věrohodnost soudních důkazů dle takzvaných „lékařských“ soudních případů (1 až 3 body):

A. Chorobopis a jiná zdravotnická dokumentace.

B. Znalecký posudek.

C. Výpověď lékaře u výslechu (u soudu).

D. Výpověď pacienta (zákonných zástupců) u výslechu (u soudu).

E. Výpověď svědků u výslechu (u soudu).

9. Zhodnoťte objektivitu osob zúčastněných v soudních případech spojených s nepříznivým výsledkem léčby (1 až 3 body):

A. Žalobce (poškozeného).

B. Žalovaného (podezřelého, obviněného).

C. Znalce.

D. Vyšetřovatele.

E. Státního zástupce.

I. Advokátů stran.

F. Soudce.

10. Považujete za účelné použití termínu "lékařský omyl" v právnické praxi?

A. Ano. B. Ne. C. Možná jeho náhrada jiným termínem (uvést).

Děkujeme Vám za spolupráci ve vědeckém výzkumu.

Vyplněný dotazník zašlete, prosíme, elektronicky na adresu zakharos@upcmil.cz

Příloha č. 2. Dotazník pro zdravotnické pracovníky

Vážené kolegyně, vážení kolegové!

Děkujeme Vám za laskavý souhlas s vyplněním dotazníku v rámci vědeckého záměru „Problémy znalecké analýzy dle trestněprávních a občanskoprávních soudních případů spojených s nepříznivým výsledkem léčby“. Níže uvedené otázky jsou určeny pro zjištění Vašeho odborného názoru na problém právní odpovědnosti lékaře v případě nepříznivého výsledku léčby a kvality znaleckého posudku jako jednoho ze soudních důkazů.

Dotazník je anonymní, získané údaje budou využity výhradně v rámci vědeckého výzkumu. Dotazy jsou dvou typů. V dotazech prvního typu vyberte nejvhodnější z Vašeho hlediska odpověď (označte ji kroužkem nebo křížkem). V dotazech druhého typu je nutno zhodnotit dle 3-bodové stupnice určité skutečnosti (1 bod – minimální hodnocení, 2 body – průměrné hodnocení, 3 body – maximální hodnocení). Připouští se hodnocení vyjádřené desetinnými zlomky (1,7; 2,5 atd.).

1. Váš věk
2. Obor, odvětví
3. Počet let praxe
4. Atestace
5. Byly ve Vaší praxi případy, které mohly skončit soudní stížností pacienta?
 - A. Byly, včetně soudních případů.
 - B. Byly řešeny mimosoudní cestou.
 - C. Byly, ale neměly následky.
 - D. Nikdy nebyly.
6. Dejte charakteristiku pojmu "lékařský omyl":
 - A. Zaviněná jednání lékaře.
 - B. Nesprávná jednání lékaře v dobré víře.
 - C. Nehoda v lékařské praxi.
7. Dejte charakteristiku svým jednáním v případě, který posuzujete jako "lékařský omyl".
 - A. Musel a mohl (měl možnost) konat jinak.
 - B. Musel, ale za přítomných podmínek nemohl (neměl možnost) konat jinak.
 - C. Za přítomných podmínek nemohl (neměl možnost) a nemusel konat jinak.
8. V extrémální situaci dáte přednost:
 - A. Bezpečnější, i když někdy méně účinné metodě léčby.
 - B. Riskantnější, ale dle Vašeho názoru účinnější metodě léčby.
 - C. Metodě, kterou lépe zvládáte, nezávisle na vlastnostech konkrétního případu.
9. Zhodnoťte vnější faktory podmiňující pravděpodobnost nepříznivého výsledku léčby (1 až 3 body):
 - 9.1. Omezenost dostupných diagnostických metod.
 - 9.2. Nezbytnost složitých speciálních vyšetření ke stanovení diagnózy.
 - 9.3. Délka hospitalizace pacienta v nemocnici.
 - 9.4. Stav pacienta v době příjmu.

- 9.5. Netypický charakter klinického obrazu.
- 9.6. Přítomnost rizikových diagnostických kategorií (bolest na hrudníku, bolesti břicha, horečka, aj.).
- 9.7. Včasnost diagnostických opatření.
- 9.8. Správnost výběru metodiky léčby.
- 9.9. Úroveň urgentnosti klinické situace.
- 9.10. Složitost lékařského (operačního) zákroku.
- 9.11. Soulad jednání lékaře s předpisy systému řízení kvality zdravotní péče.
- 9.12. Materiálně technické vybavení zdravotnického zařízení
- 9.13. Podmínky pracovní činnosti zdravotnických pracovníků
- 10. Zhodnoťte vnitřní faktory podmiňující výskyt nepříznivého výsledku léčby (1 až 3 body):
 - 10.1. Úroveň kvalifikace ošetřujícího lékaře.
 - 10.2. Počet let praxe v oboru.
 - 10.3. Psychologický a emocionální stav lékaře (únava, stres).
 - 10.4. Individuální (osobnostní) psychické a fyzické vlastnosti lékaře.
 - 10.5. Znalost lékařem nemocničních předpisů.
 - 10.6. Zbytečná sebejistota nebo nedostátek sebedůvěry lékaře.
 - 10.7. Schopnost lékaře se mýlit.
- 11. Zhodnoťte spolehlivost (objektivnost) soudních důkazů dle takzvaných „lékařských“ soudních případů (1 až 3 body):
 - A. Chorobopis a jiná zdravotnická dokumentace.
 - B. Znalecký posudek.
 - C. Výpověď lékaře u výslechu (u soudu).
 - D. Výpověď pacienta (zákonných zástupců) u výslechu (u soudu).
 - E. Výpověď svědků u výslechu (u soudu).
- 12. Považujete za účelné použití termínu "lékařský omyl" v právnické praxi?
 - A. Ano. B. Ne. C. Možná jeho náhrada jiným termínem (uvést).
- 13. Zhodnoťte objektivitu osob zúčastněných v soudních případech spojených s nepříznivým výsledkem léčby (1 až 3 body):
 - 13.1. Žalobce (poškozeného).
 - 13.2. Žalovaného (podezřelého, obviněného).
 - 13.3. Znalce.
 - 13.4. Vyšetřovatele.
 - 13.5. Státního zástupce.
 - 13.6. Advokátů stran.
 - 13.7. Soudce.

Děkujeme Vám za spolupráci ve vědeckém výzkumu.

Prosíme o zaslání vyplněného dotazníku na adresu zakharos@upcmil.cz

KARTA ZNALECKÉ ANALÝZY

1. Znalecká analýza charakteru přítomného onemocnění (úrazu)

1.1. Klinická (soudně lékařská, patologoanatomická) diagnóza

1.1.1. Základní onemocnění _____

1.1.2. Vedlejší onemocnění _____

1.1.3. Komplikace _____

1.2. Normativní předpisy, standardy, protokoly, jiné zdroje reglementující poskytování zdravotní péče pacientu s dotyčnou nosologií

1.2.1. Normativní předpisy (imperativní a dispozitivní) _____

1.2.2. Odborné doporučené postupy, standardy, schémata a protokoly léčby _____

1.2.3. Postup lege artis v odborné literatuře _____

1.3. Matice přítomného onemocnění (úrazu)

1.3.1. Frekvence výskytu onemocnění v populaci _____

1.3.2. Etiologie a patogeneze onemocnění _____

1.3.3. Klasický klinický průběh onemocnění _____

1.3.4. Mechanismy uzdravení _____

1.3.5. Charakteristika varianty základního onemocnění (forma, fáze, stadium) _____

1.3.6. Základní způsoby léčby _____

1.3.7. Účinnost léčby _____

1.3.8. Přirozený klinický výsledek rozvoje onemocnění _____

1.3.9. Pravděpodobnost příznivého výsledku léčby _____

1.3.10. Klinická kritéria příznivého výsledku _____

1.3.11. Pravděpodobnost a charakteristika možných nepříznivých výsledků léčby onemocnění _____

1.4. Genetická analýza přítomného onemocnění

1.4.1. Premorbidní pozadí _____

1.4.2. Individuální vlastnosti organismu pacienta _____

1.4.3. Individuální vlastnosti průběhu onemocnění u pacienta _____

1.4.4. Dříve uskutečněná léčebná opatření _____

2. Znalecká analýza organizace a podmínek uskutečňování diagnosticko léčebného procesu

2.1. Typ zdravotnického zařízení, charakteristika oddělení _____

2.2. Materiálně technické vybavení _____

2.3. Systém řízení kvality zdravotní péče, normativní a metodické zabezpečení _____

2.4. Personální zabezpečení _____

2.5. Kvalifikační charakteristiky personálu (ošetřující lékař, event. primář, jiné odborníci, kteří se podíleli na diagnostice a léčbě pacienta) _____

2.6. Situační charakteristika procesu poskytování zdravotní péče, charakteristika jednání pacienta (zákonných zástupců) v průběhu léčby _____

3. Znalecká analýza správnosti, úplnosti, včasnosti a adekvátnosti diagnosticko léčebného procesu

- 3.1. Diagnostická taktika _____
- 3.2. Obsah diagnostického procesu _____
- 3.3. Dodržování standardů diagnostiky _____
- 3.4. Charakteristika jednotlivých diagnostických metod _____
- 3.5. Analýza a posouzení diagnostické informace _____
- 3.6. Předběžná diagnóza _____
- 3.7. Klinická diagnóza _____
- 3.8. Závěrečná diagnóza _____
- 3.9. Posouzení výsledků diagnostického procesu _____
- 3.10. Léčebná taktika _____
- 3.11. Dodržování standardů léčby _____
- 3.12. Obsah léčebného procesu _____
- 3.13. Medikamentózní léčba _____
- 3.14. Klinická kritéria účinnosti léčby _____
- 3.15. Operační zákrok _____
- 3.16. Klinická kritéria účinnosti operace _____
- 3.17. Posouzení klinické účinnosti léčebného procesu _____
- 3.18. Správnost diagnostických a léčebných opatření
 - 3.18.1 Soulad analyzovaných opatření s normativními akty, v nichž jsou obsaženy požadavky, jejichž dodržování je povinné (imperativní předpisy) _____
 - 3.18.2. Soulad analyzovaných opatření s odbornými předpisy doporučujícího charakteru _____
 - 3.18.3 Soulad analyzovaných opatření s požadavky současné medicíny (požadavky *lege artis*) _____
- 3.19. Úplnost diagnostických a léčebných opatření _____
 - 3.19.1. Dosažení náležitých výsledků uskutečnění jednotlivých diagnostických a léčebných opatření _____
 - 3.19.2. Neuskutečnění k dosažení náležitých výsledků dodatečná diagnostická a léčebná opatření _____
 - 3.19.3. Pravděpodobnost dosažení náležitých výsledků v případě uskutečnění dodatečných diagnostických a léčebných opatření _____
 - 3.19.4. Příčiny neuskutečnění dodatečných diagnostických a léčebných opatření v analyzované klinické situaci _____
- 3.20. Včasnost diagnostických a léčebných opatření
 - 3.20.1. Přiměřenost času uskutečňování (doba začátku, délka) analyzovaných diagnostických (léčebných) opatření času výskytu náležité diagnostické informace svědčící o nezbytnosti těchto opatření _____
 - 3.20.2. Existence možnosti u lékaře uskutečnění analyzovaných diagnostických (léčebných) opatření za jiných (vhodnějších pro konkrétní klinickou situaci) časových parametrů _____
 - 3.20.3 Příčiny neuskutečnění analyzovaných diagnostických (léčebných) opatření za vhodných časových parametrů _____
- 3.21. Adekvátnost diagnostických a léčebných opatření
 - 3.21.1. Přiměřenost charakteru uskutečněných diagnostických (léčebných) opatření zdravotnímu stavu pacienta za konkrétních situačních podmínek (časových, informačních aj.) _____
 - 3.21.2. Přiměřenost charakteru uskutečněných diagnostických (léčebných) opatření diagnostické informaci, kterou disponoval lékař v posuzované klinické situaci _____
- 3.22. Informační kontextní analýza _____

- 3.22.1. Věrohodnost diagnostické informace, kterou disponoval lékař v době uskutečňování posuzovaných diagnostických (léčebných) opatření _____
- 3.22.2. Úplnost (dostatečnost) diagnostické informace, kterou disponoval lékař v době uskutečňování posuzovaných diagnostických (léčebných) opatření _____
- 3.22.3. Včasnost diagnostické informace, kterou disponoval lékař v době uskutečňování posuzovaných diagnostických (léčebných) opatření _____
- 3.22.4. Adekvátnost (přiměřenost) diagnostické informace, kterou disponoval lékař v době uskutečňování posuzovaných diagnostických (léčebných) opatření _____

4. Znalecká analýza výsledků diagnosticko léčebného procesu a příznaků příčinné souvislosti

- 4.1. Patologický stav, který bezprostředně vedl k nepříznivému výsledku onemocnění (úmrť) _____
- 4.2. Účinnost jednotlivých diagnostických opatření a procesu diagnostiky jako celku _____
- 4.3. Důležité cíle, které nebyly dosaženy v rámci procesu diagnostiky _____
- 4.4. Účinnost jednotlivých léčebných opatření a procesu léčení jako celku _____
- 4.5. Důležité cíle, které nebyly dosaženy v rámci procesu léčení _____
- 4.6. Charakteristika časového kritéria příčinné souvislosti _____
- 4.7. Nezbytný prvek systémové příčiny nepříznivého výsledku onemocnění (úrazu) _____
- 4.8. Dostatečné podmínky systémové příčiny nepříznivého výsledku onemocnění (úrazu) _____
- 4.9. Nepřetržitost řady dostatečných podmínek v systémové příčině _____
- 4.10. Charakter souvislosti mezi profesními jednáními zdravotnických pracovníků v posuzovaném případě a nepříznivým výsledkem onemocnění (úrazu) _____

Příloha 4**Prohlášení o zpracování znaleckých posudků za vědeckým účelem po anonymizaci osobních údajů dle zákona 101/2000 Sb.**

Já, MUDr. Sergey Zakharov, r.č. 750925/2641, trvale bytem Sinkulova 320/26, 147 00, Praha 4 – Podolí, student postgraduálního doktorandského studia 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze v oboru Preventivní medicína, tímto prohlašuji, že se zavazuji využívat znalecké posudky poskytnuté MUDr., soudním znalcem v oboru zdravotnictví, v elektronické podobě **výhradně pro vědecké účely** zpracování doktorského vědeckého projektu „Metodika znalecké analýzy kvality lékařské péče dle materiálů trestněprávních a občanskoprávních případů spojených s nepříznivými výsledky léčby”.

Dále prohlašuji, že **zajistím anonymizaci osobních údajů** ve smyslu zákona 101/2000 Sb. ve všech poskytnutých znaleckých posudcích.

Dále jako zpracovatel **se zavazuji zachovávat mlčenlivost** o všech skutečnostech, majících povahu citlivých údajů dle zákona 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.

Jméno a příjmení _____

Datum _____

Podpis _____

Příloha 5**Prohlášení o poskytnutí znaleckého posudku po anonymizaci osobních údajů
ve smyslu zákona 101/2000 Sb.**

Já, MUDr., soudní znalec v oboru zdravotnictví, odvětví, potvrzuji, že jsem poskytnul znaleckých posudků v elektronické podobě po anonymizaci osobních údajů ve smyslu zákona 101/2000 Sb.

Tyto znalecké posudky jsem poskytnul MUDr. Sergeji Zacharovovi, studentu doktorského studijního programu Biomedicína/Preventivní lékařství, pro účely zpracování doktorského vědeckého projektu „Metodika znalecké analýzy kvality lékařské péče dle materiálů trestněprávních a občanskoprávních případů spojených s nepříznivými výsledky léčby“, zpracovávaného Centrem pro zdravotnické právo 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Cílem projektu je vytvoření jednotlivé metodiky analýzy kvality zdravotní péče z pozice prevence dalších nepříznivých výsledků léčení.

Prohlašuji, že veškeré informace takto poskytnuté byly anonymizovány ve smyslu zákona 101/2000 Sb. a **určeny k použití výhradně pro vědecké účely výše uvedeného projektu.**

Zpracovatel se zavazuje zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, majících povahu citlivých údajů dle zákona 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.

Dne:

Podpis: