

v odborném periodiku. Jedním z podnětů k tomuto opatření je prudce narůstající vykazování výsledků výzkumu v podobě příspěvků v denním tisku, sbornících či sdělení charakteru „zprávy z konference“ apod. Zařazení časopisů na seznam je podmíněno splněním kritérií, která mj. zahrnují požadavky na vydávání původních vědeckých a odborných prací, a jako podmínku recenzování jednotlivých prací nezávislémi oponenty. Články uveřejněné v periodiku zařazeném na seznamu budou (na rozdíl od periodik nesplňujících požadovaná kritéria) bodově hodnoceny a započítány do výsledků státem podporovaného výzkumu.

Co z toho plyne pro náš časopis? Je zcela nepochybné, že pokud chceme pro náš časopis získávat autory kvalitních původních výzkumných či přehledných článků, musí být Anesteziologie a intenzivní medicína součástí uvedeného seznamu. Naplnění a udržení podmínek vytyčených Radou pro výzkum a vývoj není jen výzvou pro redakční radu, ale i širokou odbornou obec. Je pochopitelné a pro český výzkum zcela prioritní a žádoucí, aby se nej kvalitnější výsledky vědecko-výzkumné práce uveřejňovaly v prestižních mezinárodních časopisech s dostatečným faktorem dopadu (impact factor). Na druhou stranu by o tyto nejlepší práce neměl být ochuzen český čtenář, který nemá vždy příležitost či podmínky sledovat světová periodika. Možnost druhého zveřejnění původní práce v jiném jazyce, zejména v jiné zemi, je odůvodnitelná a může být i vzhledem k výše uvedeným skutečnostem prospěšná. Respektování publikační etiky a vyvarování se duplicitní publikace však vyžaduje splnění podmínek definovaných Mezinárodním výborem šéfredaktorů lékařských časopisů (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE) [1, 2, 3]:

1. Autoři musí získat souhlas šéfredaktorů obou periodik. Šéfredaktor, jenž má příspěvek zveřejnit podruhé, musí mít k dispozici fotokopii, otisk nebo rukopis původní verze. V případě, že je článek již publikován a autor podepsal přenos autorských práv na vydavatele, je povinen získat příslušný souhlas od vydavatele.

2. Priorita prvního zveřejnění bude zachována, jestliže interval mezi oběma sděleními je alespoň jeden týden (pokud není oběma šéfredaktory dojednáno jinak).
3. Příspěvek pro druhé zveřejnění je určen jiné skupině čtenářů a postačí i jeho zkrácená verze.
4. Druhá verze věrohodně odráží údaje a interpretace uvedené v první verzi.
5. Na titulní straně druhé verze je v poznámce pod čarou pro čtenáře, odborníky a dokumentační agentury uvedeno, že příspěvek již byl v nezkrácené, či zkrácené verzi publikován, a uvádí se též odkaz na primární verzi. Poznámka pod čarou může mít následující znění: „Tento článek vychází ze studie, která byla poprvé zveřejněna v [název časopisu s kompletním odkazem].“
6. Podle aktualizované verze ICMJE by název druhé verze měl obsahovat informaci o druhém zveřejnění primární publikace (kompletní republikační zkrácená republikační, kompletní překlad nebo zkrácený překlad). The National Library of Medicine neposuzuje překlad jako „republikační“ a necituje, respektive neindexuje překlad, pokud je originální článek publikován v periodiku, které je indexováno v databázi Medline.

Využijme nastavených podmínek ve prospěch našeho časopisu a společným úsilím upevníme pozici respektovaného časopisu, který je jedním ze základních informačních zdrojů všem, pro které jsou anesteziologie či intenzivní medicína profesním oborem.

Literatura

1. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication. Updated October 2007. Dostupné na: <http://www.icmje.org/>.
2. Česká lékařská společnost JEP. NTS – Jednotné požadavky na příspěvky určené pro zveřejnění v biomedicínských časopisech. Dostupné na: <http://www.clsjep.cz/nts/vancouver.asp>.

Doc. MUDr. Martin Matějovič, Ph.D.
e-mail: matejovic@fnplzen.cz

Stala se chyba a jak dál?

„*Errare humanum est*“, platí i ve zdravotnictví. Mám zde na mysli chyby a omyly, které končí tělesným nebo psychickým poškozením nám svěřených a nám důvěřujících nemocných. To není zanedbatelný problém: ve Spojených státech se odhaduje počet zbytečných úmrtí v důsledku léčebných chyb na 44–98 000 ročně [1]. Léčení komplikací způsobených chybami a omyly stojí v průměrné americké nemocnici 1–3 milionů \$ za rok navíc. V zemích EU považuje 78 % a v České republice 60 % dotázaných osob lékařské chyby za závažný problém. Jeden ze tří dotázaných českých ob-

čanů se obává, že se může v nemocnici stát obětí chyb ošetřujícího personálu [2].

Nemohu nevzpomenout na případ nemocné ženy, kterou nedávno sledovala švýcarská televize během dlouhého čekání na vhodného dárce srdce a které pak bylo transplantováno srdce falešné krevní skupiny. Tento omyl způsobil masivní rejekci a smrt příjemkyně.

Před několika lety vysoce kvalifikovaný neurochirurg nesledoval během endoskopické operace hypofýzy na obrazovce operační pole a svůj nástroj v reálném čase, nýbrž starou nahrávku předchozí operace. Televiz-

ní thriller? Ne, skutečnost. Pochopitelně skončily tyto případy tragicky pro všechny zúčastněné osoby.

V praxi tak náročného oboru, jako je anesteziologie, rovněž dochází k chybám a omylům, které mohou končit ublížením na těle a soudem. Stávají se pak vítaným soustem sdělovacích prostředků. V německy mluvících zemích vyvolal před několika lety velkou pozornost medií a veřejnosti případ sedmileté dívky zasažené do obličeje postranním zrcátkem kolemjedočího auta [3]. Přivolaná mladá lékařka pohotovostní služby usoudila, že se jedná o mozkové trauma a dívku relaxovala, zaintubovala a ventilovala. Brzo na to došlo k srdeční zástavě a neúspěšnému pokusu o reanimaci. Ukázalo se, že příčinou byla asfyxie v důsledku nerozpoznané intubace do jícnu. Tato tragédie byla však vystupňována řadou dalších politováníhodných chyb, které také byly zbytečné. Ani zmíněná lékařka, ani její představený rodinu nekontaktovali a nevyjádřili politování nebo omluvu, kterou rodina očekávala. Teprve po půl roce se rodiče dozvěděli ze soudnělékařského posudku, že jejich dcera zemřela důsledkem lékařské chyby. Lékařka byla také po roce odsouzena trestním soudem pro zabití z nedbalosti k peněžitě pokutě. Přesto lékařčin představený rodičům písemně sdělil, že jeho spolupracovnice nenese na smrti jejich dcery žádnou vinu, že se jednalo o „osudovou shodu nepříznivých okolností“. Na základě tohoto prohlášení odmítla příslušná pojišťovna rodinu odškodnit. Hluboce rozhořčení rodiče odmítli akceptovat odpověď nemocnice a pojišťovny a zahájili veřejný boj proti popírání chyb a zamlčování viny ve zdravotnictví. Matka nakonec popsala své utrpení v knize („Byla bys mohla žít“), která se stala bestsellerem, a v níž se vylíčila jako oběť tzv. sekundárního traumatu, vyvolaného zdravotním systémem a nečestným jednáním jeho zaměstnanců [4]. Další, ale veřejností opomenutou sekundární obětí je mladá lékařka, která utrpěla těžkou reaktivní depresi, zlom v kariéře a byla nakonec vlastní pojišťovnou donucena zaplatit ne malé odškodnění rodině z vlastní kapsy. Etické a morální problematice omylů a chyb ve zdravotnictví a prevenci tzv. sekundární traumatizace nebyla bohužel dosud věnována náležitá pozornost. Tato tematika je stále na mnoha místech považována za tabu a většinou také chybí v programu postgraduální výuky. Je proto nejvyšší čas tuto neuspokojivou situaci napravit.

Již v roce 1998 publikovala Massachussets Coalition for the Prevention of Medical Errors doporučení, jak se chovat a jak jednat, když dojde k chybě s nežádoucími následky pro nemocné [5]. Opírajíce se o tuto práci, vydala Nadace „Pro bezpečnost pacientů v anesteziologii“ Švýcarské společnosti pro anesteziologii a reanimaci (SGAR) v roce 2006 doporučení pro jednání s pacienty poškozené během lékařské péče [6, 7]. Málokdo očekával tak velkou pozornost jaké se těšil rok nato v Bernu uspořádaný kongres na téma „*Mlčení jako trauma – význam správné komunikace po chybném výkonu*“. Mohlo by proto být užitečné zde shrnout ta nejdůležitější doporučení

a pravidla, jejichž platnost není omezena ani řečovými hranicemi, ani rozdíly ve zdravotních systémech.

První kroky po incidentu musí zahrnout otevření a upřímné informování pacienta nebo rodinných příslušníků o tom, co se stalo. Tento rozhovor se musí odehrát v atmosféře vzájemné důvěry a věrohodného soucitu a v nerušeném, klidném prostředí. *Informační rozhovor* je nutné provést co nejdříve, nejlépe během prvních 24 hodin. Vede ho buď sám ošetřující lékař, sestra, nebo vedoucí člen týmu. Podle mé zkušenosti je výhodné, když se rozhovoru účastní jako svědek další, na případu nezúčastněný spolupracovník. Informace a další postupy musí být *koordinovány* a je třeba za každou cenu zabránit tomu, aby nemocný a jeho rodina dostávali informace z různých stran. Je nutné informovat o incidentu věcně, držet se faktů a vyhnout se jakékoliv spekulaci. Podstatnou součástí rozhovoru je *omluva a politování*, vyslovené pacientovi a/nebo jeho rodinným příslušníkům jménem ošetřujícího týmu. Tam, kde se sice jedná o neočekávanou, ale jednoznačně nezaviněnou komplikaci, je namístě o tom pacienta nebo rodinu srozumitelnými argumenty přesvědčit. Dále je nutno informovat o *možných následcích* a o případných *dalších léčebných postupech*. Při ztrátě důvěry je třeba pacientovi nabídnout možnost odkázání do *péče alternativního týmu*. Příznivě působí informace o tom, jaké *poučení z analýzy incidentu* vyplývá a o *provedených opatřeních*, která by jeho opakování měla zabránit. Důležité je též zůstat s postiženými v kontaktu a ujistit je, že budou informováni o případných nových nálezech a dalších postupech. Je vhodné upozornit nemocného, kam se může obrátit o *radu a pomoc*, pokud existuje, např. na místní pobočku organizace pro ochranu pacientů.

Osvědčilo se mi pozvat pacienty na konferenci o komplikacích, kde sami svůj případ vylíčili (např. intraoperační awareness) a zúčastnili se následné diskuse. Žádný neodmítl a jsem přesvědčen, že jejich vystoupení jim pomohlo zpracovat jejich tělesnou a citovou újmu a zlepšilo důvěru v lékařskou péči.

I po lehkých poškozeních je nutno počítat se žalobou a soudním řízením. Je proto nevyhnutelné neprodleně *informovat vedení kliniky* a nemocnice, *zajistit použitý materiál* (např. injekční ampulky, infuzní soupravy při podezření na záměnu léku) a sepsat věcný *protokol* incidentu. Podle závažnosti případu musí vedení kliniky a nemocnice rozhodnout, zda se *případ ohlásí* nadřízeným úřadům, pojišťovně nebo soudnímu lékařství. Informace médií je někdy nevyhnutelná a vyžaduje promyšlený a se soudními úřady koordinovaný postup.

Všechna publikovaná doporučení a vlastní zkušenosti mluví pro to, aby v každé nemocnici existovaly směrnice, které pomohou pracovníkům správným způsobem reagovat na závažné chyby a omyly v klinickém provozu. Vedení ústavů se musí též věnovat problémům svých vlastních zaměstnanců, kteří mohou trpět izolací, pocity viny a hanby a někdy i brutální reakcí veřejnosti. Hrozí jim osud „*sekundárních obětí*“ incidentu. Cílená pomoc jim musí umožnit překonat pro-

žitě psychické trauma a ulehčit komunikaci jak na pracovišti, tak s postiženým nemocným nebo jeho rodinými příslušníky. Povzbuzování jako „hlavu vzhůru, však to brzy překonáš“ nestačí; traumatizace může znamenat přechodnou nebo i trvalou neschopnost výkonu klinické práce. Mělo by být samozřejmostí, že každý zaměstnanec má právo na odbornou *právní a psychologickou pomoc a podporu*. Ačkoliv hlavním cílem je co nejrychlejší návrat do práce, v řadě případů je nevyhnutelné přizpůsobit klinickou zodpovědnost a pracovní úvazek psychickému stavu postiženého spolupracovníka.

Stále ještě přetrvává tendence závažné chyby a omyly zamlčet. Důvodem je obava ze žaloby, z vleklého soudního procesu, z obtížného jednání s pojišťovnou a z poškození pověsti kliniky. Pochopitelná je obava ze záplavy neoprávněných žádostí o odškodnění. Ale právě v USA, kde specializovaní právníci („ambulance chasers“) přepadávají nemocné už na chodbách nemocnic a přemlouvají je k žalobám na lékaře a nemocnici, se ukazuje, že politika zapírání a zamlčování je nejen neetická, ale při dnešní senzibilizaci veřejnosti a médií odsouzená k neúspěchu. Také v České republice, kde počtu trestních oznámení, soudních žalob a stížností každoročně přibývá, bude nutné se touto problematikou zabývat. Trestní oznámení zde typicky končí podmíněným trestem pro lékaře, poškozený občan se musí smířit s odškodněním, které je nesrovnatelně menší než v jiných zemích EU. Nelze než souhlasit s hlasy, které žádají, aby „existovalo pojištění, které lékaře a zdravotnická zařízení nezruinuje, a přesto umožní vyplatit postiženým dostatečné odškodné“ [8]. Uvědomme si však, že reparace porušené Hippokratovy zásady „noli nocere“ není pouze otázkou peněz, ale též dobrého vztahu mezi léka-

řem a nemocným, založeného na vzájemné důvěře, empatii, informovanosti a spoluúčasti na rozhodování. Tento vztah není předem daný, musíme se o něj snažit každý den, s přijetím každého nového pacienta svěřujícího se do naší péče. Můžeme doufat, že tam, kde se to podaří, budou obavy nemocných menší a neoprávněné stížnosti a žaloby spíše výjimkou.

Literatura

1. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Institute of Medicine of the National Academies, 2000.
2. European Commission. Special Eurobarometer. Medical Errors 2006. Dostupné na: http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/eb_64_en.pdf.
3. **Bachstein, S.** Über Medizinfehler sprechen und daraus lernen. *Schweizerische Ärztezeitung*, 2008, 89, p. 448–450.
4. **Bachstein, S.** *Du hättest leben können*. 3. vydání, Bergisch Gladbach Lübbe, 2007.
5. Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors. When things go wrong- responding to adverse events. Dostupné na: www.macoalition.org.
6. **Stiftung für Patientensicherheit**. Kommunikation mit Patienten und Angehörigen nach einem Zwischenfall. Dostupné na: www.patientensicherheit.ch.
7. **Hochreutener, M. A., Conen, D.** Sekundärtraumatisierung nach einem medizinischen Behandlungsfehler verhindern. *Schweizerische Ärztezeitung*, 2008, 89, p. 447.
8. **Veselá-Sámková, K.** Lékař a chyby aneb vy jste nějaký chytřej. Dostupné na: www.lawyers.cz1.

Prof. emer. Dr. med. Karel Skarvan, FMH
Departement Anästhesie, Universitätsspital Basel
Člen Komise pro bezpečnost pacientů v anestezii SGAR
e-mail: skarvan@bluewin.ch

Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny

Generální partner:


Abbott
A Promise for Life

Hlavní partneři:


Pfizer
Pracujeme pro zdravější svět™


Bristol-Myers Squibb


BIOMEDICA CS


COVIDIEN
positive results for life


BRAUN
SHARING EXPERTISE


Cheirón®
... dýcháme za Vás.


Linde
Linde Gas Therapeutics


Teleflex
MEDICAL


novo nordisk®