

Anesteziolog jako ochránce pacienta aneb čeká nás „povinnost donášet“ na naše kolegy?

Černá Pařízková R.^{1, 2}

¹Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové

²Fakultní nemocnice Hradec Králové

Anest. intenziv. Med., 26, 2015, č. 6, s. 359–363

ÚVOD

Ochrana a zajištění bezpečnosti pacienta se dnes stává zcela prvořadým a nadřazeným principem poskytování zdravotní péče a je součástí lékařských etických dokumentů. Ochrana pacienta představuje i ochranu před jinými, tzv. „nekompetentními“ lékaři a ostatním zdravotnickým personálem. Možný postih lékaře, který neoznámí chybu svého kolegy či jeho indispozici a tím ohrozí bezpečí pacienta, se dnes již stává realitou. Anesteziolog je jedním z lídrů ochránců pacienta. V článku budou uvedeny základní principy professionalismismu, etiky anesteziologa a současné trendy v ochraně pacientů včetně soudních případů, které s tematikou souvisejí.

CO JE PROFESIONALITA LÉKAŘE?

Profesionalita by měla být základním atributem všech odborností lékařského povolání, obor anesteziologie nevyjímaje. Přestože definice pojmu není jednoznačná, obecně je za profesionalitu považována vysoká odbornost s maximální snahou o kvalitní výkon, a to vše v souladu s uznávanými normami profesního chování provázené komunikačními dovednostmi. Potřeba stanovení konkrétnějšího obsahu hodnot a chování v rámci upřesnění profesionality vedla v roce 2002 k vytvoření dokumentu vypracovaného společnostmi the European Federation of Internal Medicine, the American College of Physicians – merican Society of Internal Medicine a the American Board of Internal Medicine s názvem Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter [1]. Základem charty bylo vymezení třech základních principů a 10 pravidel, dokument byl schválen a přijat the American Society of Anesthesiologists (ASA), the American Board of Anesthesiology a dalšími 130 odbornými společnostmi po celém světě.

Charta lékařů (podle ASA)

Principy

- Princip nadřazenosti prospěchu pacienta
- Princip autonomie pacienta
- Princip sociální spravedlnosti

Pravidla

- Odborná kompetence
- Upřímnost
- Důvěra
- Vztah k pacientovi
- Zlepšování kvality péče
- Zlepšení přístupu k péči
- Alokace zdrojů
- Znalost současného stavu vědeckého poznání
- Zvládnutí konfliktu zájmu
- Profesionální odpovědnost

Pravidla, jako jsou preference autonomie, odborná kompetence, vědecké znalosti, odpovědnost, důvěra a vztah k pacientovi, jsou pojmy, které považujeme za samozřejmé a jsme přesvědčeni, že tato pravidla uplatňujeme sami nejlépe – ať už prostřednictvím našich mentorů či v rámci klinické výuky. Lékařská etika a speciálně etika anesteziologa jako součást profesionality, se dostávají do popředí zájmu stejně jako doporučení pro diagnostické nebo léčebné postupy. Takzvané neprofesionální chování (přestože jej lze velmi obtížně definovat či kvantifikovat) může vést k řadě stížností jak mezi zdravotnickými pracovníky, tak především ze strany pacientů směrem ke zdravotníkům.

ETIKA ANESTEZIOLOGA

Americká společnost anesteziologů (ASA) vypracovala v roce 2013 etická doporučení pro anesteziology [2] a v letošním roce zveřejnila tzv. Syllabus etiky, stostránkový dokument, který se vyjadřuje

velmi konkrétně k jednotlivým problémům etiky v našem oboru [3].

Hlavní body etických guidelines **vymezují etickou odpovědnost anesteziologa vůči pacientovi, vůči jemu samému, vůči zdravotnické organizaci a zdravotnickému systému, vůči dalším kolegům a celé společnosti.** Při pročitání jednotlivých dokumentů je vidět obrovský posun v dnes již přijatých a jasných principech, jako je autonomie, informované souhlasy, ústup paternalismu, důvěrný vztah k pacientovi a vše, co lze zahrnout pod pojem profesionalita i se všemi omezeními, která jsou s tímto pojmem spojena. Co se ale dostává do popředí a u nás se zatím o tomto tématu příliš nehovoří, je **princip nadřazenosti blaha nemocného a ochrany pacienta jako základní povinnosti lékaře.** V naší klinické praxi je toto téma zatím zcela okrajové, ale v USA a i v Evropě se dostává do výrazného zájmu, a to nejen na poli medicínském, ale i na poli právnickém (příklady viz níže). Co to konkrétně znamená pro anesteziologa? Anesteziolog pečuje o pacienta v jeho nejzranitelnějším období, kdy pacient nejenže trpí nějakou nemocí a je tzv. křehký, ale většinou je i v bezvědomí ať už z důvodu anestezie, sedace či organického poškození mozku. **Anesteziolog je podle ASA advokátem a ochráncem pacienta** na operačním sále i na jednotkách intenzivní péče. Ochrana pacienta nespočívá pouze v bezchybném provedení vlastního medicínského výkonu (anestezie), ale anesteziolog usiluje o zajištění bezpečnosti pacienta, ochranu pacienta před fyzickým a psychickým poškozením, usiluje o zajištění komfortu a důstojnosti pacienta. Anesteziolog by měl monitorovat a korigovat chování nejen své, ale i ostatních kolegů s cílem ochrany pacienta proti nepatřičnému, hrubému, urážlivému či jiným způsobem důstojnost snižujícím chování jeho okolí.

Anesthetized patients are particularly vulnerable, and anesthesiologists should strive to care for each patient's physical and psychological safety, comfort and dignity. Anesthesiologists should monitor themselves and their colleagues to protect the anesthetized patient from any disrespectful or abusive behavior.

ASA ethical guideline, 2013

Evropská lékařská charta, schválená představiteli lékařských komor v roce 2011, shrnuje základní etické principy, jimiž se musí řídit lékaři při výkonu svého povolání [5]. Nicméně na stránkách ČLK není zmínka o přijetí tohoto dokumentu touto organizací.

EVROPSKÁ CHARTA LÉKAŘSKÉ ETIKY

- Lékař chrání jak fyzické, tak duševní zdraví pacientů. Lékař zmírňuje lidské utrpení při respektování kvality života a důstojnosti člověka, a to bez jakékoli diskriminace v čase míru i za války.
- Lékař se zavazuje vždy upřednostňovat zájem pacienta a jeho zdraví nad zájmy ostatními.
- Lékař poskytuje pacientovi vždy nejlepší a pro něho nejvhodnější péči, a to bez jakékoli diskriminace.
- Lékař bere vždy v potaz prostředí, v němž pacient žije a pracuje, jako jednu z určujících podmínek pro jeho zdraví a kvalitu života.
- Lékař je nenahraditelným důvěrníkem pacienta. Lékař dodržuje lékařské tajemství a nikdy nezneužije informace, které se při léčení pacienta dozvěděl.
- Lékař využívá svých odborných znalostí k zlepšení či udržení zdraví těch, kteří mu důvěřují a kteří o to požádají; za žádných okolností nesmí jednat k jejich neprospěchu.
- Lékař využívá všech poznatků lékařské vědy ve prospěch svých pacientů.
- Při dodržování své osobní nezávislosti v rozhodování lékař postupuje v souladu s principem účinnosti léčby, přičemž bere v úvahu spravedlivé využití dostupných finančních zdrojů.
- Ochrana zdraví je spojena s trvalým úsilím o zachování osobní integrity pacienta.
- Lékař nikdy nesmí souhlasit s používáním mučení nebo jakékoli formy kruté, nehumánní či ponižující léčby, a to z jakýchkoli příčin a za jakýchkoli okolností včetně občanského či válečného konfliktu. Nesmí být přítomen u takových postupů a nesmí se jich zúčastnit.
- Lékař jednající vůči pacientovi ať již jako prostý praktik, odborník, či člen instituce, musí zachovávat naprostou transparentnost ve všem, co se může jevit jako konflikt zájmu, a musí jednat zcela nezávisle, a to jak po stránce morální, tak i odborné.
- Pokud právní, etické či odborné podmínky brání lékaři jednat zcela nezávisle, musí o tom vždy informovat pacienta. Pacientovo právo na kvalitní léčbu musí zůstat zaručeno.
- Pokud se lékař rozhodne účastnit se protestní akce spočívající v omezení poskytování lékařské péče, není zproštěn etického závazku zajistit nezbytnou akutní péči.
- Lékař není povinen vyhovět požadavkům pacienta na takové ošetření a léčbu, s nímž nesouhlasí. Nicméně lékař bere při výkonu povolání ohled na svobodnou vůli pacienta.
- Lékař vykonává své povolání v souladu se svým svědomím a s respektem k důstojnosti vlastní i ostatních lidí, a to vždy zcela nezávisle a svobodně.

ANESTEZIOLOG – ADVOKÁT A OCHRÁNCE PACIENTA NEBO „DONAŠEČ“ A „PRÁSKAČ“ (WHISTLEBLOWER)?

V době reformy zdravotnictví (myšleno ve změně přístupu a vztahu lékař-pacient), jsou preferovány dva základní principy – nadřazenost principu autonomie pacienta a princip jeho bezpečnosti. V rámci principu zajištění a ochrany bezpečnosti pacienta se v posledních letech dostávají do popředí nejen hledání, sledování a postihování tzv. profesních pochybení (tzv. „medical malpractice“), ale v rámci maximalizace bezpečnosti i otázky ochrany pacienta před tzv. „špatnými lékaři“ [3]. Má lékař etickou povinnost ohlásit zodpovědným osobám či instituci pochybnosti o kompetentnosti svého kolegy? Podle dokumentu the American Medical Association (AMA) v odstavci Code E-9.031 je tato povinnost deklarována s tím, že bezpečnost pacient není spojena pouze s technologií, fyziologií a farmakologií, ale rovněž důležitá je ochrana před profesním poškozením [4]. Lékař by podle tohoto dokumentu měl ohlásit v zájmu bezpečnosti pacienta své kolegy, kteří jsou „impaired, incompetent or unethical“. V dokumentu ASA je část věnovaná ochraně pacienta se zaměřením na ochranu před „nekompetentním lékařem“.

*Code 9.031 – Reporting Impaired, Incompetent, or Unethical Colleagues
Physicians have an ethical obligation to report impaired, incompetent, and/or unethical colleagues in accordance with the legal requirements in each state and assisted by the following guidelines.*

American Medical Association, 2011

Jedná se o zcela nový jev, kdy v zájmu principu maximální bezpečnosti a ochrany pacienta je anesteziolog vyzván k **jeho ochraně např. před lékařem pod vlivem alkoholu a jiných návykových látek, před neetickým chováním, ale i před nepřiměřenými operačními výkony nebo před výkony, které jsou zjevně nad síly daného lékaře.** Přes legální oprávněnost tohoto postupu dochází v praxi k těmto oznámením poměrně zřídka, cílem oznámení je ochrana pacienta a – jak je zdůrazněno v dokumentu – cílem není ukončení kariéry lékaře, ale zjednání nápravy např. zlepšením praxe a tréninku, odborným dohledem nad lékařem apod. V těchto situacích je velmi obtížné se odpoutat od představy, že lékař na lékaře „donáščí“, v anglosaské literatuře je použit výraz „whistleblower“ a otevřeně se diskutuje právě o tomto postupu, kdy upozornění na nekompetentnost kolegy v jakémkoliv smyslu je mezi lékaři pojímáno negativně, tedy jako „prás-

kačství“ se všemi negativy, která toto označení obnáší. Tlaky od vedoucích pracovišť dotčených institucí na „práskače“ ale v zájmu vyššího principu ochrany pacienta vedly v některých zemích ke změně legislativy se zvýšením právní ochrany informátorů. Další problematickou situací může být vyčlenění informátora („donašeče“) z kruhu přátel zdravotníků a narušení vazeb, které může vést k zásadním změnám v jeho životě. Současně jsou i tendence penalizovat a stíhat lékaře, kteří oznámení neudělají a zjevně o něm vědí. Jedná se o zcela nové trendy, které jsou jistě specifickým USA, ale nelze vyloučit jejich přesun i do našich zemí a je vhodné o nich vědět. Z jednoho soudního rozhodnutí, kde se jednalo o oznámení a stížnosti anesteziologických sester na lékaře anesteziology, že falšují dokumentaci, zazněl hlavní vzkaz odborné komunity, že „udavači“ jsou všude, včetně vlastních řad a vlastního týmu a že musíme být stále připravení, že nás někdo sleduje, poslouchá a mapuje. Navíc správně a pečlivě vedená dokumentace může v řadě případů být rozhodujícím faktorem v konečném výsledku. Neoznámení špatné praxe lékaře-kolegy vedoucím pracovníkům je, např. podle The Florida Board of Medicine, důvodem k zahájení disciplinárního řízení s lékařem, který tuto skutečnost zná a neoznámí ji, a tím neplní svoji povinnost ochrany bezpečí pacienta. Doporučuje se v případě nedostatečných odborných znalostí umožnit lékaři jejich doplnění, další sebevzdělávání a trénink.

PŘÍKLADY Z KLINICKÉ PRAXE

Odmítnutí podání anestezie pro nedostatečnou erudici operátora

Jeden z nejznámějších příkladů ochrany pacienta na etickém principu pochází z dětského kardiocentra ve Winnipegu v Kanadě z roku 1994 [6]. Centrum se potýkalo s problémy dlouhodobě, již počátkem 80. let byla činnost kardiocentra přechodně pozastavena pro vysokou mortalitu (50%), pro kterou právě anesteziologové vyhlásili stávkou a odmítli kardiochirurgům poskytovat anesteziologický servis. V následujících letech mělo centrum finanční a personální problémy, které vyústily v odchod dalšího personálu. V roce 1994 nastoupil do nemocnice nový kardiochirurg dr. Jonah Odum, jehož odborné chyby a postupy na operačním sále vedly k nárůstu mortality u dětských kardiochirurgických pacientů. Během 10 měsíců zemřelo 12 dětských pacientů při kardiochirurgické operaci či bezprostředně po ní (mortalita 15%, ve skupině vysoce rizikových pacientů až 29%). Chirurgické sestry po úmrtí třetího dítěte v rukou dr. Oduma upozornily vedení nemocnice na odborné chyby lékaře, jako byl způsob kanyla-

cí, neúměrně dlouhé operační časy a velké krevní ztráty. Jejich stížnosti nebyly vyslyšeny, následně při dalších úmrtích a provádění vysoce rizikových výkonů odmítli opět anesteziologové podávat anestezie týmu dr. Odima. Program byl zpomalen, ale na nátlak vedení nemocnice po dvou měsících obnoven. Ukončení programu následovalo za několik měsíců poté, co zemřel další pacient po 12hodinové operaci na otevřeném srdci, kdy následně vedoucí lékař intenzivní péče oficiálně odmítl předávat své pacienty do rukou týmu dr. Odima. Bylo iniciováno vyšetření všech 12 úmrtí, z nichž minimálně devíti úmrtím se mohlo předejít lepší péčí a z nich 7 bylo přímo spojeno s chirurgickými komplikacemi. Základními výstupy šetření byla špatná organizace a systém fungování nemocnice a nezkušenost kardiochirurga, který prováděl výkony, které byly nad jeho síly a neměl k nim dostatečnou erudici. Dětské kardiocentrum bylo definitivně uzavřeno. V souvislosti s vyšetřováním případu bylo poukazováno na nutnost vytvoření systému kontroly odbornosti a zkušenosti personálu, průběžných kontrol a řešení výjimečných situací včetně morální povinnosti zdravotnického personálu chránit své pacienty před všemi negativními vlivy včetně nedostatečně erudovaných kolegů. Anesteziologové v tomto kontextu byli označováni za lékaře, kteří chránili pacienty odmítnutím podání anestezie, stejně tak jako nepředání pacienta chirurgickému týmu na operační sál z JIP, a to i na úkor vlastního finančního propadu. Tento extrémní případ je i v současné literatuře nadále citován jako příklad vysokého morálního postoje lékařů v ochraně svých pacientů.

Ochránci pacientů nebo „whistleblowers“ v praxi?

Oznamování a ohlašování chyb kolegů příslušným místům může být považováno za „donašečství, udavačství či práškačství“ a je velmi negativně okolím vnímáno. Přesvědčil se o tom např. anglický anesteziolog dr. Stehen Bolsin, který pět let bojoval proti neúspěšným výkonům dětských kardiochirurgů v Bristol Royal Infirmary. Přestože byly závažné profesionální chyby potvrzeny, dr. Bolsin se díky svému „donašečství“ ocitl zcela osamocen, odloučen od svého okolí a byl místní medicínskou komunitou ignorován. Situaci vyřešil změnou působiště a odstěhoval se i s rodinou do Austrálie [7]. Od té doby došlo ve Velké Británii k přijetí zákona o ochraně informátorů, který je v praxi uplatňován.

Jak jsou anesteziologové chráněni, pokud vystupují v zájmu ochrany svých pacientů proti chirurgovi? V případě Locksley vs. Anesthesiologists of Cedar Rapids skupina anesteziologů odmítla poskytovat kontinuální anesteziologickou péči

z důvodu řady odborných chyb a špatných klinických výsledků kolegy neurochirurga. Podle vyjádření odborníků z dvou dalších nemocnic nebyl onen chirurg shledán za nekompetentního, přesto s ním anesteziologové odmítli spolupracovat a byli jím žalováni za „putting him out of business.“ Nejvyšší soud v Iowě ale favorizoval ve svém rozsudku anesteziology [8].

Zajímavý rozsudek padl v případě Mansmith vs. Hameeduddin, kdy se jednalo o ženu s bolestmi zad, prokázanou stenózou v oblasti L4-L5, pro kterou byla operována na neurochirurgii. Následně byl stav komplikován rannou infekcí, pro kterou byla pacientka léčena neurochirurgem i praktickým lékařem. V následujících měsících pacientka dále trpí bolestmi zad, bylo provedeno MRI s nálezem provedené laminektomie v oblasti L1-L3, stenóza v původním místě byla beze změny. Praktický lékař o chybně provedené operaci neinformoval ani neurochirurga, ani pacientku. Pacientka pro trvající bolesti se na doporučení svého praktického lékaře dostavila na jiné pracoviště, kde jí byl aplikován kortikoid do epidurálního prostoru. Následně došlo k rozvoji sepse, prokázané neuroinfekcí s abscesem v mozkovém kmeni a úmrtí pacientky. Rodina zemřelé podala žalobu a v rozsudku byl uznán vinným praktický lékař se zdůvodněním, že pokud by pacientka byla informována o infekci a operaci v jiném prostoru, jistě by navštívila specializované centrum a odmítla by podání kortikoidu. Praktický lékař byl uznán vinným z důvodu neposkytnutí informací a nedostatečné ochrany pacientky [9].

Odposlechy na sále jako důkazní materiál pro pacienta v anestezii

V severní Virginii byla letos v červnu odsouzena k finančnímu odškodnění v hodnotě 500 000 USD anestezioložka pro etické a neobvyklé medicínské poškození pacienta během kolonoskopie [10]. Žaloba byla vedena směrem k odbornému pochybení a psychické újmě pacienta. Zcela raritní na případu byl důkazní materiál, kterým byla nahrávka v telefonu pacienta, kdy byl nahráván celý průběh dění na kolonoskopickém sále. Pacient si zapnul telefon před výkonem s cílem nahrát si pokyny lékaře z obavy, že po anestezii si nebude informace pamatovat. Telefon zůstal v režimu nahrávání po celou dobu na sále. Po výkonu si pacient doma přehrál nahrávku a při vyslechnutí jeho obsahu navštívil právníka a podal výše uvedenou žalobu. Záznam zachycuje rozhovor mezi gastroenterologem dr. Salomon Shah a anestezioložkou dr. Tiffany M. Ingham. Po uvedení do anestezie je pacient zesměšňován výroky ohledně jeho strachu z injekční jehly, vyrážky v oblasti genitálií, která je označována za syfilis či tuberkulózu penisu s tím,

aby se další personál nepřibližoval a nenakazil se, je žertováno, zda pacient není gay. Anestezioložka hovoří k pacientovi v anestezii: *"After five minutes of talking to you in pre-op, I wanted to punch you in the face and man you up a little bit."* Navíc anestezioložka navrhuje, že zapíše do dokumentace falešnou informaci, že nemocný má hemoroidy, které nebyly nalezeny. Následná obrana lékařky u soudu, že se jednalo o nelegální odposlech, nebyla přijata. Soud zdůvodnil výši pokuty: 2 x 50 000 USD za hanobení a pomluvu výrokem o syfilis a tuberkulóze penisu, 200 000 USD za odborné pochybení a 200 000 USD jako (punitive in damage) [10].

„Treat, Don't Tweet“

Používání elektronických zařízení u zdravotnického personálu je zcela běžnou praxí. Pozitivním přínosem je jistě okamžitá dostupnost medicínských odborných informací, na druhou stranu se vytrácí mnohdy těsnější kontakt s pacientem, mizí základní prvky verbální a non-verbální komunikace při soustředění se na počítač. Velmi rozšířené je ale i využívání elektronických zařízení v zaměstnání k soukromým účelům včetně četby, surfování na internetu, zasílání zpráv. Soustředění se na tyto činnosti spolu s vyrušováním lékařů došlými textovými zprávami a telefonem vede k roztěkanosti lékařů a ztrátě soustředění, což je spojeno s vyšším výskytem chyb a omylů. Uvádíme případ 61leté pacientky, která podstoupila ablaci AV uzlu, která skončila tragicky úmrtím na sále po cca 1 hodině od počátku výkonu. Chirurg udává, že anesteziolog selhal při monitorování oxygenace, kdy pacientka měla pokles SpO_2 po dobu cca 15–20 min a teprve až při závažné progresi stavu s cyanózou anesteziolog zareagoval. Podrobným šetřením bylo prokázáno, že anesteziolog se věnoval během výkonu čtení na iPadu. Přestože udával, že studoval medicínské informace, bylo prokázáno, že si během výkonu četl elektronické knížky a užíval sociální síť. Důkazem byly jeho zprávy o jeho pobytu v daném čase na sále posílané do sociálních sítí včetně fotografie monitoru pacientky. Obrana anesteziologa: *„... even when I'm doing so, I'm always listening to the pulse ox, always checking the blood pressure, always – you know, at least every five minutes...“* nebyla pro rozsudek polehčující okolností [12].

ZÁVĚR

Princip autonomie a nově nadřazenost principu ochrany bezpečí pacienta jsou novými trendy v moderní medicíně. Ochrana pacienta lékařem nejen v rámci poskytování odborně správných postupů, ale i ochrana pacienta před poškozením zdravotnickým personálem či ochrana před „dehonestací“, zesměšněním a důležitost zachování

důstojnosti jsou dalšími atributy související s péčí o pacienta. Selhání v etické oblasti může být předmětem právního sporu. Formalizace a právní ochrana „udavačství“ je zcela novým fenoménem ve zdravotnictví, které přes své jistě pozitivní stránky ochrany pacienta může být zdrojem velmi nežádoucí negativní atmosféry, kdy jsou lékaři vyzýváni k aktivnímu ohlašování nejen odborných pochybení, ale i jiných chyb svých kolegů. Problematika posuzování odborných kompetencí lékařem kolegou (často i jiné odbornosti) v kontextu diskuse o ochraně bezpečí pacienta tak představuje změnu dosavadního paradigmatu, jehož dopady lze dnes jen stěží odhadnout. Jedno je ale zřejmé, naše práce bude sledována čím dál více a musíme se na to začít připravovat.

LITERATURA

1. ABIM Foundation, American Board of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann. Intern. Med.*, 2002, 136, p. 243–246.
2. <https://www.asahq.org/quality-and-practice-management/standards-and-guidelines/search?q=ethics>
3. http://www.asahq.org/-/media/sites/asahq/files/public/resources/asa%20committees/syllabus-on-ethics_2015.pdf
4. Virtual Mentor. American Medical Association Code of Medical Ethics' Opinions on Physicians' Health and Conduct. *AMA Journal of Ethics*, October 2011, Volume 13, Number 10, p. 700–702.
5. *Tempus medicorum*, 2011, 20 (9)
6. The report of the Manitoba Pediatric Cardiac Surgery Inquest: An Inquiry Into Twelve Deaths at the Winnipeg Health Sciences Centre in 1994. Provincial Court of Manitoba website. Dostupné na: <http://pediatriccardiacinquest20>.
7. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/1384854.stm>
8. Locksley vs. Anesthesiologists of Cedar Rapids. 333 NW2d 451, 456 (Iowa 1983).
9. <http://caselaw.findlaw.com/il-court-of-appeals/1410526.html>
10. <http://www.dallasobserver.com/news/dallas-anesthesiologist-being-sued-over-deadly-surgery-admits-to-texting-reading-ipad-during-procedures-7134970>
11. <http://www.psmag.com/health-and-behavior/treat-dont-tweet-dangerous-rise-social-media-operating-room-79061>

Adresa pro korespondenci:

MUDr. Renata Černá Pařízková, Ph.D.
Fakultní nemocnice Hradec Králové
Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
Sokolská tř. 581
500 05 Hradec Králové
e-mail: renata.parizkova@fnhk.cz