

Zdeněk Zeman, Antonín Doležal

PRÁVNÍ ODPOVĚDNOST A PRÁVNÍ VZTAHY V PORODNICTVÍ

THEATRUM
MEDICO-JURIDICUM



Zdeněk Zeman, Antonín Doležal

**PRÁVNÍ ODPOVĚDNOST
A PRÁVNÍ VZTAHY V PORODNICTVÍ**

THEATRUM
MEDICO-JURIDICUM

Galén®



Profesor pražské lékařské fakulty Jan František Löw z Erlsfeldu (1648–1725) byl doktorem filozofie, lékařství a práv.

Je autorem několika spisů, z nichž nejvýznamnější je *Theatrum medico-iuridicum* (Lékařsko-právní scéna) z roku 1725.

Zdeněk Zeman, Antonín Doležal

**PRÁVNÍ
ODPOVĚDNOST
A PRÁVNÍ VZTAHY
V PORODNICTVÍ**

THEATRUM
MEDICO-JURIDICUM

Galén®

Autoři

JUDr. Zdeněk Zeman, CSc.
advokát, Praha

prof. MUDr. Antonín Doležal, DrSc.
Univerzita Karlova v Praze, 1. LF UK a VFN, Gynekologicko-porodnická klinika

Recenzenti

JUDr. Jan Mach
Česká lékařská komora, Praha

prof. JUDr. MUDr. Lubomír Neoral, DrSc.
*Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, Ústav soudního lékařství
a medicínského práva*

MUDr. Michael Pipka
*Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v Praze, Gynekologicko-porodnická
klinika*

Zdeněk Zeman, Antonín Doležal

PRÁVNÍ ODPOVĚDNOST A PRÁVNÍ VZTAHY V PORODNICTVÍ

Edice Theatrum medico-iuridicum, sv. III

První vydání

Vydalo nakladatelství Galén,
Nádražní 116, 150 00 Praha 5
www.galen.cz

Editor PhDr. Lubomír Houdek

Šéfredaktorka PhDr. Soňa Dernerová

Redakční zpracování MUDr. Radmila Samková a Hana Konětopská

Sazba Blanka Halašková, Galén

Ilustrace Miroslav Barták

Tisk Glos, Semily

9,97 AA – 10,19 VA – 14,5 TA

TS 08/29

Všechna práva vyhrazena.

*Tato publikace, ani žádná její část nesmí být reprodukována, uchována v rešeršním systému
nebo přenášena jakýmkoli způsobem (včetně mechanického, elektronického, fotografického
či jiného záznamu) bez písemného souhlasu nakladatelství.*

Galén® je chráněná značka – No. 191855

Copyright © Galén, 2000

ISBN 80-7262-024-X

Obsah

Předmluva	9
1. Obecné přístupy	12
1.1. Historický vývoj porodnictví a souvisejících právních vztahů	12
1.2. Základní právní pojmy	18
1.2.1. Odpovědnost (obecně)	18
1.2.2. Společenská – morální – odpovědnost	18
1.2.3. Etická odpovědnost	19
1.2.4. Právní odpovědnost	20
■ Odpovědnost trestní	24
■ Odpovědnost občanskoprávní	27
■ Pracovněprávní odpovědnost	31
■ Odpovědnost obchodněprávní	31
■ Odpovědnost podle zákona o veřejném zdravotním pojištění ...	31
■ Odpovědnost administrativní	32
■ Odpovědnost mezinárodněprávní	34
1.3. Některé charakteristiky obecných úprav v porodnictví a navazující obecné právní odpovědnosti	34
1.3.1. Výchozí obecné přístupy	34
1.3.2. Podávání informací	35
1.3.3. Povinná mlčenlivost	37
1.3.4. Revers	39
1.3.5. Zdravotnická dokumentace	40
1.3.6. Ochrana počítačových dat	42
1.3.7. Chyby v léčebných postupech – obecné poznatky	43
1.3.8. Záměny léků	44
1.3.9. Laboratorní omyly	44
1.3.10. Stanovení diagnózy	45
1.3.11. Mimoprofesionální vazby s těhotnými a rodičkami	45
1.3.12. Ostatní poznatky	46
1.3.13. Lékař jako veřejný činitel	50
1.3.14. Léčitelé v porodnictví	52
1.4. Přístupy k soudním jednáním	55

2. Speciální problematika	57
2.1. Období předcházející početí	57
2.2. Výchova mladé generace	57
2.3. Ochrana zdraví žen	60
2.4. Sexuální výchova	62
2.5. Plánované rodičovství	62
2.6. Antikoncepce	65
2.7. Sterilizace	67
3. Otěhotnění	73
3.1. Přirozené početí	73
3.2. Poruchy plodnosti	74
3.2.1. Sterilita	74
3.2.2. Umělé oplodnění	75
3.2.3. Neplodnost muže	75
3.2.4. Inseminatio ab alieno	76
3.2.5. Umělé oplodnění cizinek	79
3.2.6. Fertilizace in vitro klasická	80
3.2.7. Modifikace IVF	82
3.2.8. Přenosy vajíčka	83
3.2.9. Manipulace s vajíčky	84
3.2.10. Mnohočetná těhotenství	84
3.2.11. Zdravotní rizika	85
3.3. Výzkum na preembryích	86
4. Těhotenství	87
4.1. Průkaz těhotenství	87
4.2. Průběh těhotenství	90
4.2.1. Ochrana těhotných žen	90
4.2.2. Nekomplikovaný průběh těhotenství	96
4.2.3. Rizikové – ohrožené – těhotenství	97
4.2.4. Mimoděložní těhotenství	100
4.3. Ohrožení plodu a terapeutické zásahy na plodu v době těhotenství	102
4.3.1. Užívání léků během gestace	102
4.3.2. Chirurgické výkony	105
4.3.3. Konzultace	109
4.3.4. Plod s vrozenou vývojovou vadou – screening vrozených vad ...	110
4.3.5. Přežívající nedonošený plod s vrozenou vadou	114
4.3.6. Poškození plodu třetí osobou	115
4.3.7. Ohrožení zdraví těhotné ženy traumaty	117
4.3.8. Ohrožení života nebo zdraví ženy těhotenstvím	118
5. Předčasné ukončení těhotenství	119
5.1. Obecné problémy	119
5.2. Umělé přerušení těhotenství	123

5.2.1. Základní přístupy	123
5.2.2. Zákonná ustanovení	125
5.2.3. Komplikace při interrupci a v jejím důsledku	129
5.2.4. Umělé přerušení těhotenství mladistvých	130
5.2.5. Těhotenství mentálně postižené ženy	131
5.2.6. Finanční úhrada	133
5.2.7. Umělé přerušení těhotenství cizinkám	134
5.2.8. Povinná mlčenlivost u umělých přerušení těhotenství	136
5.2.9. Trestné činy	137
6. Porod	139
6.1. Stručný historický vývoj přístupů k porodům a k pomoci při nich	139
6.2. Obecná charakteristika porodu	142
6.3. Začátek porodu	144
6.3.1. Vyhledání porodnice	144
6.3.2. Předčasný porod – transport in utero	145
6.3.3. Příjem	147
6.3.4. Určení způsobu porodu	151
6.3.5. Příprava k porodu	152
6.3.6. Porody mimo porodnice – partus extra muros	152
■ U žen, které vícekrát rodily (mnohorodičky)	153
■ Pozdní vyhledání porodnice	153
■ Záměrná volba a prosazování plánovaných porodů mimo porodnice	155
6.3.7. Účast rodinných příslušníků při porodu	157
6.4. Porodní doby a povinnosti lékaře	159
6.4.1. Základní rozdělení	159
■ Délka porodu	159
6.4.2. Obecné nedostatky v lékařském vedení porodu	160
6.4.3. Doba otevírací – první doba porodní	166
■ Porodnické minimum	166
■ Slabá děložní práce	167
■ Změny rozhodnutí v průběhu porodu	167
■ Nebezpečí z prodlení za porodu	167
6.4.4. Tlumení porodních bolestí	168
6.4.5. Doba vypuzovací – druhá doba porodní	170
■ Opatření u samovolného porodu	170
■ Klešový porod – Kristelerova exprese	172
6.4.6. Třetí doba porodní a doba poporodní	173
■ Ošidnosti třetí doby porodní	173
■ Krvácení v třetí době porodní a době poporodní	175
6.4.7. Transfúze	176
6.4.8. Programované porody	178
6.4.9. Poškození zdraví nebo smrt novorozence při porodu	179

■ Smrt plodu před porodem	179
■ Úmrtí dítěte při porodu	181
■ Poškození dítěte při porodu	183
■ Porod zdravotně poškozeného dítěte	184
6.4.10. Odpovědnost neonatologického pediatra a dětské sestry u porodu	185
6.4.11. Mateřská úmrtnost	186
■ Smrt těhotné	188
6.5. Problematika císařského řezu	189
6.5.1. Základní přístupy	189
6.5.2. Vlastní provedení výkonu	191
6.5.3. Operační riziko při císařském řezu pro plod	194
6.5.4. Pooperační komplikace	194
6.6. Narození dítěte	194
7. Období šestinedělí	199
7.1. Stav matky	199
7.2. Poškození novorozence po porodu	203
7.2.1. Odpovědnost v šestinedělí	203
7.2.2. Technika a transport	204
7.3. Rooming in	206
7.4. Odpovědnost za záměnu novorozence	207
7.5. Odložení dítěte	209
7.6. Vražda novorozence matkou nebo třetí osobou	210
7.7. Právní odpovědnost porodnic	213
7.7.1. Obecné poznatky	213
7.7.2. Případy obecné hmotné odpovědnosti	216
7.8. VIP – nebezpečí výjimek	217
Závěr	219
Literatura	221
Základní právní předpisy upravující právní odpovědnost a právní vztahy v porodnictví	223
Autoři	229

Předmluva

V posledních dvaceti letech našeho století v souvislosti se společenskými změnami a změnami oboru se právní odpovědnost a právní vztahy v porodnictví dostaly do popředí zájmu nejen lékařů a právníků, ale i široké veřejnosti. Konkrétními formami právní odpovědnosti a podmínkami, kdy její uplatnění přichází v úvahu, se zabývá řada odborných symposií, vědeckých studií i populárních pojednání v hromadných sdělovacích prostředcích. U většiny autorů, ale i veřejnosti bývá uvedený okruh otázek pojímán jako součást celkové problematiky právní odpovědnosti ve zdravotnictví s odkazy na některá specifika porodnictví a gynekologie. V zahraničí naopak osvětlování a stanoviska k právní odpovědnosti ve zdravotnictví vycházejí z odborných publikací zabývajících se konkrétními problémy medicínských oborů. V roce 1985 byl vytvořen Výbor pro výzkum etických aspektů humánní reprodukce (FIGO) v mezinárodním složení porodníků, pediatrů a právníků, který vydává směrnice, odrážející složitost hledání společných stanovisek při různosti zeměpisné, etické, kulturní, jazykové a náboženské.

Autoři se domnívají, že pro zvláštní postavení oboru uvnitř medicíny i celé společnosti je výhodnější zpracovat samostatnou publikaci, která se bude z širšího hlediska zabývat explicitně **právní odpovědností a právními vztahy v porodnictví**. Porodnictví při vší spojitosti s okolními medicínskými obory má zvláštní specifiku: jako jediný obor medicíny se bezprostředně dotýká lidské reprodukce. Proto jsme přivítali nabídku nakladatelství a vydavatelství Galén, které započalo s takovou činností vydáním publikace Psychiatrie, právo a společnost, a v této návaznosti zpracovali samostatnou publikaci. Vzhledem ke značné dynamice oboru v této ob-

lasti a četným změnám společenským autoři soudí, že publikace najde uplatnění nejen v medicínské veřejnosti, ale i u právníků a ostatní veřejnosti. Interdisciplinární povaha této práce vedla autory k tomu, že uvádějí některé základní poznatky, aby text byl srozumitelný i čtenářům mimo oblast medicíny.

Aristoteles v *De generatione animalium – peri zoon geneleos* (IV.) uvedl, že »některá ústrojí mají význam principů, a pohne-li se principem, nutně nastává změna v četných věcech, které s ním souvisejí«. V plné míře je to platné pro oblast lidského rozmnožování. Kalkulujeme-li průměrnou délku života na 70 let, tvoří doba dvou těhotenství cca 2,2 % doby života, délka porodu jen 0,04 %, z hlediska života jedince i z hlediska lidského rodu – *sub speciae aeternitatis* – tvoří tato období, co se týká významu, děje s ničím nesrovnatelné. Lidská reprodukce je základním pochodem, který podmiňuje všechny ostatní lidské aktivity. Z tohoto pohledu je třeba posuzovat historické děje a logické úvahy, včetně právních vztahů.

Současně je vhodné podotknout, že porodník a právník posuzují člověka a jeho činnost z různých hledisek a za různým účelem. Lékař hledá souvislosti normálních a patologických dějů na úrovni současné vědy, své jednání odůvodňuje nebo i hájí, anebo čestně přiznává chyby v diagnostice i léčbě. Na straně právníka je právo, zákon, nařízení v zájmu individua, společnosti, spravedlnosti a státu. Lékařova pozice je těžší, a to jak v dokazování, tak v obraně, protože nevychází ze zákona, vyhlášky ani z výhodného postavení stěžovatele, ale z měnlivých premis biologického procesu, z činnosti, kde příčinou selhání může být tzv. lidský faktor. Lékař a právník mají i různé kategorie uvažování. Spory se řeší *post factum*, kdy »každý frajtr je generál«, a ne *in statu nascendi*. Autoři publikace jsou přesvědčeni, že konečným zájmem obou skupin je prospěch individua, společnosti, a jejich sdělení mají tuto komunikaci usnadnit.

Autoři jsou si vědomi, že právní předpisy nemohou odstranit veškeré pochybnosti, že i v porodnictví existují a zřejmě budou existovat rozpory mezi etikou lékařů a právními předpisy. Jako příklad lze uvést poskytnutí zdravotní péče proti vůli matky, kde etický imperativ lékařů velí poskytnout jí jako fyzické osobě a jako dávkyni

a ochránkyni života jejího mnohdy i nenarozeného nebo jen na ní závislého dítěte veškerou zdravotní péčí. Právní předpisy však poskytnutí zdravotní péče proti její vůli nedovolují. K minimalizaci takových případů jsou v textu přímo citovány právní normy a nastíněny postupy, podle kterých lze konkrétní situace řešit a možné forenzní případy minimalizovat.

Současně nechť shovívavý čtenář laskavě přijme omluvu za uvedené základní termíny, které jsou užity, aby text byl srozumitelný jak pro lékaře, tak i pro právníky.

1. Obecné přístupy

1.1. Historický vývoj porodnictví a souvisejících právních vztahů

Právní úpravy vztahů v porodnictví, stejně jako rozvoj tohoto lékařského oboru, mají výraznou dynamiku, která odpovídá změnám v materiální kultuře, změnám ve společenské realitě, celkovému stavu poznání, postavení ženy ve společnosti a explicitně růstu medicínských poznatků. Přitom současný stav jak právních úprav porodnictví, tak zejména právní odpovědnosti je ovlivněn předchozím stavem, a obecné přístupy si zachovávají poměrně dlouhou názorovou setrvačnost. Pro správné pochopení a osvětlení některých současných skutečností jsou důležité alespoň orientační znalosti předchozího vývoje lidské reprodukce, právních norem i veřejného mínění o porodnictví. Lidská reprodukce nezná zlatý věk (přírodní, zdravé, ztepilé, odolné divošky). Lidskou reprodukci od nepaměti doprovázely nejrůznější tragedie, úmrtnost matek snižovala podstatnou měrou průměrnou délku života. Od pravěku existují mateřské kultury od neolitických Venuší, přes božstva egyptské Isis, Nefthys, Heket až po kultury mariánské, dokládající tato bolavá místa lidské historie. Smrt matky a plodu byly každodenností nevyhýbající se ani nejpri vilegovanějším.

Porodnictví se vyvíjelo od svépomoci, přes pomoc blízkých příbuzných, později specializovaných bab pupkořezných, omphalotomos, znalkyň vnitřku – sagefemme. V době antické v naší kulturní oblasti byl sepsán soubor empirických anatomických a přírodovědných poznatků známý z děl školy hippokratovské, od Aristotela,

Galena a jiných. Vedle popisů nejrůznějších klinických obrazů, odborné nomenklatury, jsou zde položeny i základy lékařské etiky. Hodnota lidského života, postavení ženy, hodnota života novorozence se měnily. Legendární římský král Numa Pompilius (715–672 př. Kr.) vydal lex regia, jehož znění se předávalo: Negat lex regia mulierem quae pregans mortua sit, humari, antequam partus ei excidatur: qui contra fecerit, spem animantis cum gravida peremisse videtur. Zakazuje královský zákon ženu, která zemře těhotná, pohřbít, aniž byl předem vyříznut její plod.... Předpokládalo se, že by plod mohl smrt matky přežít.

Potomstvo bylo hodnoceno podle kritérií zdraví, plody znetvořené či jinak neschopné byly utráceny. Utrácení porozených i zdravých děvčátek bylo běžnou záležitostí. Patologické porody končily často zmenšovacími operacemi. V Talmudu je zapsána židovská zásada, že plod lze při porodních potížích v břiše matky po kusech vyřezávat, život matky má přednost před životem plodu. Objeví-li se větší část venku, nesmí se na jeho život již sahat. (Mishnah Ohalot 7:6). Katolická církev nedovoluje u živého plodu zmenšovací operaci v zájmu záchrany matky, ale i věřící porodníci se tím příliš nenechávali ovlivnit.

Posuzování činnosti lidí účastných v porodnictví se měnilo podle dobových představ, co je a není »lege artis«, tj. podle lékařského umění (myšleného ve smyslu řeckého techne – umět, znát správné metody). Při popisech tehdejších zavedených postupů byly choroby vysvětlovány nejrůznějšími dyskraziemi lymfy, krve, žluči a černé žluči. Nebyly známé principy rozmnožování, menstruace byla vysvětlována jako čistění žlučovité krve, běžně bylo doporučováno pouštění žilou.

V dalším období středověkém jsou antické poznatky výjimečně zachovány u scholastiků a na Blízkém východě znovu se dostávají zpětnými překlady z hebrejštiny a arabštiny. Prakticky je porodnictví v rukou nevzdělaných žen, které volají na pomoc v případech složitých chirurga – ranhojiče (ranhojičství je odděleno od medicíny), který provádí u nepostupujících porodů zejména zmenšovací operace plodů. Chirurgové získávají velkou manuální obratnost

z působnosti válečných traumatologických »epidemií« si osvojují znalosti z rozvíjející se lidské anatomie. Anatom je často chirurgem, porodníkem i očním lékařem. Vznikají ústavy, kde se koncentrují porody, které jsou vědecky sledovány. Rozvíjí se embryologie, jsou objeveny spermie, vajíčka, bakterie, prvoci, od alchymie se přechází k chemii, kde je objevena oxidace a fotosyntéza. Bohatě se rozvíjí astronomie, mechanika galileovská a později newtonovská.

Rovněž tvorba právních předpisů týkajících se těhotenství a porodu prošla historickým vývojem a dále se permanentně mění. Obyčeje a zvyklosti byly vystaveny procesu, analogickému v biologii, dlouhodobé společenské selekci. Živelně se tvoří nesčetné variace, z nichž jen některé se osvědčují, konzervují, a teprve následně vznikají jako právní předpisy. Obyčej je zvláště v porodnictví jedním z významných pramenů práva. Se změnami zvyků vyvstávala nutnost právo měnit.

Obecně známý vývoj od zvyků k právní normě lze označit jako habituální juristickou heterochronii.

V 18. století se vyděluje porodnictví jako samostatný vědecký obor, který v této době měl již svá pravidla. Akušerky nebyly již ustavované např. manželkou purkmistra, ale po složení zkoušek před lékařskou či chirurgickou komisí. Jsou zaznamenané případy, kdy se nepostupovalo lege artis, u akušerek to bylo často utržení hlavičky dítěte při obratu, u chirurga zbytečně provedený císařský řez se smrtelným koncem. Provedení císařského řezu na mrtvé bylo v Prusku ponecháváno na svědomí lékaře, v Sasku, Württembersku a Rakousku platil »lex regia«, podle kterého mohl být tento výkon proveden na mrtvé i proti přání otce dítěte. Církev podporovala i řezy na živých, aby mohly být děti pokřtěné. Bylo stanoveno, že kleště nejsou nástrojem na překonávání pánevního nepoměru, ale tyto chyby se objevují opakovaně. Takové případy, jak ukazuje dobová historie od Le Sue, byly probírány ve Francii v královské společnosti chirurgů a provinilec mohl být peněžitě trestán.

V průběhu vývoje oboru se názory pochopitelně dynamicky mění. Tak císařský řez na živé byl zakladatelem porodnictví Mauriceauem zcela odmítán jako barbarská metoda urychlující smrt rodičky.

Postupně byly indikace rozšířeny pro umírající při eklampsii, u živých při pánvi absolutně zúžené, kdy nebylo možné zavést do dělohy ruku s nástroji pro zmenšení plodu. Ještě v době Francouzské revoluce zakládá Jean Sacombe »L'école anti-césarienne«, stavící na pranýř chirurgy, kteří provádějí císařské řezy. Soudní spory o vhodnosti císařského řezu pro záchranu matky byly ve Slezsku v letech 1844.

Ve vztahu ke zmenšovacím operacím byl velký rozdíl mezi katolickou církví, která nedovolovala zabít plodu v těle matky ani v případě jejího životního ohrožení. V protestantské Anglii byl ještě v 19. století velký počet operací zmenšovacích. Porodníci v podstatě přejali v praxi hebrejský názor, že život matky má větší cenu než život novorozence, protože zajišťuje podmínky i pro ostatní děti. Přednost života matky před životem plodu platila v právu rakouském a platí dosud.

V historii jsou zaznamenány případy, kdy zrození následníka trůnu mělo přednost před životem matky a těhotenství bylo ukončeno císařským řezem na živé. Vývoj oboru postupně vedl k redukci takových stavů.

Jako reziduum zůstává dosud negativní postoj katolické církve i pro interrupce prováděné z vitální indikace.

Osvícenství a období po Francouzské revoluci přineslo s sebou velké změny týkající se právního řádu. Za Marie Terezie je zrušeno právo útrpné, končí čarodějnické procesy, zrušení jezuitského řádu vedlo k uvolnění prostoru pro rozvoj vědy, zrušení nevolnictví vedlo k podstatnému oslabení feudálních poměrů. Postavení ženy je nadále nerovnoprávné, občanská práva velmi okleštěná, změny se prosazují při odporu církve a českých feudálů.

Pod centrálním vedením státu se přestavuje vysokoškolské lékařské studium, po zdecimování počtu obyvatelstva válkami, morem, hladomory se přijímají propopulační opatření. Za dozoru státu se překládají do češtiny centrálně schválené učebnice pro porodní báby, které musí skládat zkoušky před chirurgy a lékaři. Zřizované porodnice stejně jako ostatní lůžková zdravotnická zařízení měly zpočátku ráz ústavů sociálních pro pomoc matkám zvláště s nemanželskými

děti. Byly v době josefínské založeny jako státní ústavy – zemské porodnice. Jejich úkolem bylo bezplatně pečovat o porody u žen svobodných, ovdovělých i vdaných, pokud byly chudé. Za plat byly přijímány ostatní ženy. Ústavy poskytovaly pomoci v šestinedělí a pečovaly o děti v prvním období jejich života. Ženy byly přijímány do ústavu dříve a sloužily i pro výuku mediků a porodních babiček jako tzv. »zásobka«. Tento systém fungoval v pražské Zemské porodnici ještě v druhé polovině 19. století, existovalo i »tajné oddělení«, kde inkognito rodily ženy a za poplatek odkládaly děti, tzv. Pražátka, do nalezince. V dalším období byly děti svěřovány do pěstounské péče.

Pokud nastala smrt matky nebo dítěte při porodu nebo v šestinedělí, k vyvozování osobní odpovědnosti ve smyslu zásady »Talia« (oko za oko, zub za zub), zejména vůči porodním bábám, nedocházelo, dvorní porodní báby měly však po takových nezdarech ohroženu svoji pověst. Novověk přinesl v obecném právu odklon od uvedeného principu a příklon k odpovědnosti za zavinění. Trestry byly odstupňovány. V našich zemích se takové rozlišení v polovině devatenáctého století promítlo do tehdy přijatého trestního zákona (tr.z.), kde již bylo jasně odlišeno provinění lékaře nevědomostí (§ 336 tehdejšího tr.z.) od zanedbání péče o nemocné (§ 358 tehdejšího tr.z.).

Současná práva těhotných měla své historické předstupně. V Indii, Číně, Persii existovala ochrana těhotenství, těhotná se měla vystříhat tělesné námahy a byl s ní pod hrozbou tělesných trestů a pokut zakázán i pohlavní styk. Výsadní práva měly římské těhotné ženy, které neměly soudní odpovědnost (Neumann). Společenskou ochranu těhotenství zastává muslimské náboženství i v otázce rozluky (Súra 57). Pro těhotné platila namnoze v trestním právu jiná pravidla. Těhotné ženy v některých právních systémech nesměly být do porodu popravené, ale jsou známá pozorování o porodech již oběšených těhotných žen. Ve stejné době, kdy se dbalo o křtění ještě nezrozených speciálními nástroji, při likvidaci kacířů byly ve Francii vyražďovány osady heretiků a zabíjeny i plody v děloze matek. Jiné právo platilo pro svobodné občany, jiné pro otroky a nevolníky,

pro něž panovaly podmínky velmi kruté. Ještě v 18. století je popsáno ve Francii zbičování černošky, která týž den úspěšně porodila.

V devatenáctém století v našich zemích byl diferencován i postih za zavraždění dítěte matkou při porodu od zatajení porodu a následné vraždy narozeného dítěte. Pokud by takový čin spáchala neprovdaná matka, byly tresty mírnější než u téhož činu spáchaného provdanou ženou. Infanticida nemanželských dětí byla jevem častým. K jejímu zamezení byly zřizovány po tehdejší Evropě nalezince – *maisons des trouves* –, kam bylo možné děti tajně odkládat. Této činnosti se ujímaly vesměs ženské řeholnické organizace jak západního, tak ortodoxního ritu. Prvá právní úprava postavení porodnic jako zdravotnických zařízení byla provedena v zemích českých rakousko-uherským zákonem č. 22/1864 říšského zákona a později za první republiky zákonem č. 242/1920 Sb. Tato úprava přetrvávala i po roce 1945 a byla nahrazena až zákony sjednocujícími zdravotnictví.

V současné době právní předpisy týkající se porodnictví mají za úkol především chránit ženy jako budoucí matky, se zvýšenou ochranou žen v těhotenství. Konkretizují práva a povinnosti těhotných a rodících žen.

V rámci prevence možných forenzních důsledků je v publikaci věnována převážná pozornost problematice právní odpovědnosti těch, jimž je péče o zdraví v tomto období života svěřena. Nelze však přehlédnout, že samotné toto vymezení odpovědnosti je plné rozporů. Při odpovědnosti je zapotřebí vybavit příslušné pracovníky pravomocí. Odpovědnost za svěřené lidské životy existuje i v jiných povoláních, než jsou zdravotnická, ale podmínky pro její vyvození jsou odlišné. Pravomoc zdravotnických pracovníků je determinovaná, nesmí porušovat integritu a osobní svobodu žen, jichž se jejich činnost týká. Vývoj právních vztahů s určitým zpožděním reagoval na to, jak se porodnické umění postupně přeměňovalo, přestalo být součástí chirurgie a sjednotilo se s obecnou medicínou. V teorii se opouští dosavadní hippokratovsko-galenovské spekulativní pojetí, základy lékařství tvoří přírodní vědy, kde se prakticky nejvíce uplatňuje fyzio-

logie. Další rozvoj porodnictví závisel zejména na pokroku okolních přírodovědných oborů: anestézie (narkóza), mikrobiologie (antiseptiky, aseptiky, očkování, antibiotika), zobrazovací metody (jako rtg, ultrazvuk, CT, magnetické rezonance), elektrofyzologie, kardiokografie, elektrokardiografie plodu, pH-metrie atd. Ve fyziologii objevy vitamínů vedly v poměrně krátké době k likvidaci křivice – jedné z nejdůležitějších příčin pánevní patologie. Pochopení mechanismu ovulace, vznik endokrinologie dovolily zavedení účinné hormonální terapie.

1.2. Základní právní pojmy

1.2.1. Odpovědnost (obecně)

Je vztah subjektu, kterým může být jak fyzická (tj. lékař, zdravotní sestra), tak i právnická osoba (tj. zdravotnické zařízení, porodnice, pokud jsou samostatným zdravotnickým zařízením), které jsou způsobilé mít nějaká práva nebo povinnosti vůči jinému subjektu ať již individuálně určenému, nebo neurčenému (např. populaci), a tento druhý subjekt může plnění těchto práv nebo povinností vyžadovat a z jejich neplnění vyvozovat důsledky.

1.2.2. Společenská – morální – odpovědnost

Může být vyvozena při neplnění společenských norem, tj. povinností, jež nejsou uloženy právními předpisy, ale vyplývají z pravidel společenského styku, tj. souboru pravidel chování, kterými daná společnost vyjadřuje chápání dobra a zla, toho, co je čestné a nečestné, chvalitebné, potupné, spravedlivé a nespravedlivé. Některými svými složkami (chápáním toho, co je spravedlivé, a co nikoli) je součástí právního vědomí. Sankcí může být jen společenský odsudek, skončení přátelství, vyloučení z pracovního týmu.

1.2.3. Etická odpovědnost

Může být vyvozena při porušení etických norem, které se vážou k určitému oboru společenské činnosti. V medicíně se může jednat o porušení společenských představ o humánním, ctihodném, čestném chování zdravotníků, v duchu úcty ke každému lidskému životu od jeho počátku až do jeho konce, se všemi ohledy na důstojnost lidského života. Porušení etické odpovědnosti je např. sdělování některých skutečností, které sice nejsou vázány lékařským tajemstvím, ale jsou v konkrétní situaci nevhodné, dále např. nerespektování studu žen, či povýšenecký postoj.

Historie medicíny zná řadu příkladů, kdy etická odpovědnost hrála kladnou i zápornou úlohu. Někdy jsou chybějící vědecké argumenty nahrazovány argumenty etickými. Nejznámější je úsilí Semmelweise, pranýřujícího porodníky, kteří nebyli přesvědčeni jeho argumenty o způsobu přenosu horečky omladnic.

Podrobněji jsou názory na to, co jsou etické přístupy, vyjádřeny v Etickém kodexu České lékařské komory (Stavovský dokument č. 10).

Možné sankce za porušení některých etických principů jsou uvedeny v Disciplinárním řádu České lékařské komory – Stavovský předpis lékařské komory č. 4. Podle tohoto předpisu lze např. postihnout hrubé a neuctivé chování k nemocnému, ke kolegům, k okolí, zneužití citového vztahu mezi lékařem a nemocným, znevažování práce jiných lékařů před nemocnými a na veřejnosti, nedůstojné a vtíravé nabízení lékařské pomoci nedůstojnými inzeráty, letáky a jinými nevhodnými prostředky, podporování a krytí neoprávněného léčení v jakékoli formě a potulná praxe. Konečně mezi možná etická provinění zařadil dříve platný Etický kodex České lékařské komory v ust. § 1 i případy, kdy mimoprofesionální chování a osobní život lékaře nejsou v souladu s uvedenými mravními normami.

I když obecně nejsou případy porušení etických přístupů sankcionovány, u lékařů lze i za porušení etiky jejich povolání uložit sankce

podle § 13 odst. 3 nebo podle § 18 odst. 3 zákona č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře. Přitom jsou Disciplinárním řádem přesně stanovena pravidla, jak má být postupováno, je-li lékař obviněn, že porušil některá ustanovení Etického kodexu.

1.2.4. Právní odpovědnost

Bez ohledu na probíhající spory, zda lze hovořit obecně o právní odpovědnosti v medicíně nebo jen o konkrétních formách a druzích právní odpovědnosti, je důležité poukázat na společné znaky všech druhů právní odpovědnosti.

Právní odpovědnost vyjadřuje vztah subjektu, který je nositelem určitých právních povinností, k jinému subjektu oprávněnému plnění těchto povinností vyžadovat, kontrolovat nebo posuzovat a vyvozovat důsledky či sankce v případě jejich neplnění.

Jejím předpokladem je:

Osoba škůdce, ať již fyzická, např. zdravotnický pracovník, nebo právnická, tj. zdravotnické zařízení.

Zaviněné porušení právních povinností je určité úmyslné nebo nedbalostní jednání, kterým došlo k porušení konkrétní právní povinnosti. V porodnictví je základní právní povinností poskytovat zdravotní péči, chránit život a zdraví těhotných žen a jejich plodů, pečovat o zdraví novorozenců a vytvářet předpoklady pro jejich zdravý a zdárný vývoj.

K úmyslnému porušení uvedených právních povinností, s čímž se v porodnictví setkáváme zcela výjimečně, dochází v případech, kdy by lékař věděl, že porušuje právní povinnosti, chtěl tyto povinnosti porušit, a také je porušil (úmysl přímý).

Konkrétně např. pokud by lékař věděl, že provedení nezvratné, ale odkladné sterilizace při jiném výkonu se provádí proti vůli ženy, a přesto by např. na návod manžela ženy sterilizaci provedl.

Druhou formou úmyslného zavinění je případ, kdy by lékař věděl, že se svým jednáním může dopustit porušení právní povinnosti,

a pro případ, že by k takovému porušení skutečně došlo, byl s takovým výsledkem srozuměn (úmysl nepřímý).

Úmyslné jednání je podle zákonných předpisů i takové, kdy by např. lékař předepsal těhotné ženě lék, který může vyvolat potrat, a byl srozuměn s tím, že potrat nastane.

V porodnictví téměř výlučně dochází k porušení právních povinností z nedbalosti.

Takového zavinění se zdravotnický pracovník dopustí v případech, kdy věděl, že může porušit právem chráněný zájem, ale bez přiměřených důvodů spoléhal na to, že např. k poškození zdraví nedojde (nedbalost vědomá).

Vědomou nedbalostí by bylo jednání porodníka, který věděl, že provedený výkon vyžaduje značné množství krve, jež by neměl k dispozici. Přesto by bezdůvodně spoléhal, že malá zásoba krve postačí. Nebo kdyby zdravotní sestra bez pokynu lékaře aplikovala lék, o němž by věděla, že je kontraindikován, ale bezdůvodně by spoléhala, že právě u konkrétního pacienta nebude mít škodlivé důsledky na jeho zdraví.

Druhou formou nedbalostního jednání jsou případy, kdy by zdravotnický pracovník nevěděl, že může způsobit porušení právem chráněného zájmu, ač o tom vzhledem ke svému vzdělání, okolnostem případu a svým osobním poměrům vědět měl a mohl (nedbalost nevědomá).

O nevědomou nedbalost by se jednalo např. tehdy, kdy by zdravotní sestra nevěděla, že určitý postup je u konkrétní nemocné ženy kontraindikován, ačkoli to vzhledem ke svému vzdělání vědět měla a mohla.

Jen pro úplnost se podotýká, že protiprávním jednáním je rovněž opomenutí povinností pro lékaře a ostatní zdravotnické pracovníky závazných.

V porodnictví se na péči o těhotné nebo na náročných výkonech, při kterých může být uvažováno o vyvození právní odpovědnosti, podílí více lékařů, ostatních zdravotnických, ale i nezdravotnických pracovníků, členů lékařského týmu. Porušení právní povinnosti může být i výsledkem jednání více osob. Pokud je více osobám prokázá-

no zavinění, které vedlo ke škodě, jedná se o poměrně časté případy spoluzavinění. Význam spoluzavinění je aktuální u trestní, zčásti též u občanskoprávní odpovědnosti, a proto zásadní případy budou probrány dále.

Škodou je způsobení smrti nebo poškození zdraví. Co je škodou na zdraví, není výslovně v žádném právním předpise upraveno, obecně se vychází z toho, že poškození zdraví je každá, nikoli jen krátkodobá odchylka k horšímu od původního zdravotního stavu.

Škoda může být materiální, tj. zničení nebo poškození věcí ženy. Poškozena však mohou být i práva ženy, tehdy může nastat imateriální – nehmotná – škoda.

Při vzniklých škodách se podle § 442 odst. 1 občanského zákoníku (o.z.) hradí skutečné škody a to, co poškozenému ušlo (ušlý zisk). Podle odst. 2 stejného ustanovení se škoda hradí v penězích. Není to však jediná možnost, jak by se podle současné praxe zdálo. Stále totiž existuje možnost, aby v případě, že o to požádá poškozený a je-li to možné a účelné, byla škoda uhrazena uvedením do předešlého stavu, tedy je stále možné uplatnit i ve zdravotnictví institut *restitutio ad integrum*.

To konkrétně, podle názoru autorů, znamená, že pokud by bylo možné poškození zdraví nějakým způsobem zcela nebo alespoň z velké části vyléčit či napravit, měla by být vždy poškozenému taková možnost nabídnuta s tím, že v každém případě by bylo nutné nahradit bolestné, nikoli však již náhradu za ztížení společenského uplatnění.

Podle § 444 o.z. při škodě na zdraví se jednorázově odškodňují bolesti poškozeného a ztížení jeho společenského uplatnění. Dále se odškodňuje ztráta na výdělku (§ 445 o.z.), náhrada za dobu pracovní neschopnosti, kterou tvoří rozdíl mezi vyplaceným nemocenským a výdělkem před poškozením zdraví u osob v pracovním poměru a zřejmě rozdíl mezi vyplaceným nemocenským a příjmem osob samostatně výdělečně činných. Obdobně se poskytuje náhrada po pracovní neschopnosti podle § 447 o.z., náhrada za ztrátu na důchodu podle § 447a o.z., kterou je rozdíl mezi vyšší důchodu, na niž poškozenému vznikl nárok a vyšší důchodu, na kterou by mu vznikl nárok, jestliže by byla započtena ztráta na výdělku po skon-

čení pracovní neschopnosti. Konečně sem patří podle § 449 o.z. i náhrada nákladů léčení, pokud by poškozenému nějaké vznikly.

Samostatné ustanovení o náhradě škody je uvedeno v § 448 o.z. v případě smrti poškozeného. V takovém případě se hradí peněžitým důchodem náklady na výživu pozůstalým, kterým zemřelý takovou výživu poskytoval nebo byl povinen poskytovat, pokud ovšem tyto částky nejsou hrazeny dávkami důchodového zabezpečení.

V této souvislosti je nutné dodat, že v poslední době se zvýšily škody způsobené zdravotnictvím nejen těhotnými ženami, ale i jejich příbuznými a ostatními osobami.

Škoda musí být způsobena konkrétní osobě. Tou může být fyzická osoba od narození do její smrti. Výjimečně zatím skutečně jen v trestním řízení byl zaznamenán případ, že poškozeným byl i nenarozený plod.

V porodnictví si lze jen těžko představit, že by došlo k poškození právnické osoby, tj. např. podniku, organizace, soukromého podnikatele. Škodu lze však způsobit zdravotnickému zařízení.

Nepřerušená příčinná souvislost mezi zaviněním konkrétní osoby a vzniklou škodou.

V praxi se zejména u poškozených a jejich právních zástupců setkáváme se značně rozšiřujícím výkladem příčinné souvislosti. V podstatě se obecně tvrdí, že vše, co se stane v průběhu těhotenství a porodu, ať to vzniklo z jakékoli příčiny, je výsledkem nedostatečné zdravotní péče.

Druhou závažnou skutečností je podceňování nebo zatajování skutečností, které přerušily běh příčinné souvislosti. Zejména je to zatajování úderů nebo tlaku na břicha těhotných žen, zatajování vlastních výkonů, např. u pokusů o přerušování těhotenství ap.

Zhodnocení příčinné souvislosti vyžaduje komplexní odborně medicínský a právní přístup s pečlivým hodnocením skutečně proběhlého děje.

Uplatnění konkrétní právní odpovědnosti je proces, který se výrazně dělí na:

- vznik škody, tj. poškození zdraví nebo zavinění smrti;

- uvědomění si vzniku škody;
- zjištění škůdce nebo toho, kdo za škodu odpovídá;
- volbu druhu právní odpovědnosti;
- rozhodnutí o uplatnění náhrady škody;
- řízení o uplatnění škody;
- uhrazení škody nebo přijetí jiného narovnání.

■ Odpovědnost trestní

Je to nejpřísnější druh právní odpovědnosti jednotlivce za závažnou protispolečenskou činnost, jejíž znaky jsou uvedeny ve zvláštní části trestního zákona nebo v zákoně o přestupcích. Osoba pachatele musí být právně odpovědná, tj. alespoň 15letá, netrpící duševním onemocněním, které by znemožňovalo její volní jednání, zavinění musí být buď úmyslné, nebo nedbalostní. Od obecné právní odpovědnosti se trestní odpovědnost liší tím, že lze postihnout jen činy výslovně uvedené ve zvláštní části trestního zákona. U každého z nich je uvedeno, zda ho lze spáchat úmyslně (viz úmysl přímý a úmysl nepřímý), nebo z nedbalosti (vědomé nebo nevědomé). Dalším znakem je skutečnost, že čin, který objektivně naplňuje skutkovou podstatu uvedenou v tr.z., není trestným činem, pokud není společensky nebezpečný, např. krádež malé finanční částky. Trestní postih je vyloučen u osob mladších 15 let a u osob nepřičetných.

Čin, který naplňuje nějakou skutkovou podstatu uvedenou ve zvláštní části tr.z., není trestným činem, pokud je spáchán:

- v nutné obraně, tj. jednáním, kterým někdo odvrací přímo hrozící nebo trvající útok např. na konkrétní osobu, s výjimkou případu, kdy nutná obrana je zcela zjevně nepřiměřená způsobu útoku – viz § 13 tr.z.;
- v krajní nouzi, tj. jednáním, kterým někdo odvrací nebezpečí přímo hrozící zájmu chráněnému trestním zákonem. Nejde o krajní nouzi, jestliže bylo možné toto nebezpečí za daných okolností odvrátit jinak a/nebo způsobený následek je zřejmě stejně závažný nebo ještě závažnější než ten, který hrozil (viz § 14 tr.z.).

V porodnictví mohou být především naplněny skutkové podstaty trestných činů, které se týkají zdraví a života těhotné ženy a dítěte. Z uvedených trestných činů jsou zdravotničtí pracovníci vyšetřováni především pro podezření, že se dopustili trestného činu ublížení na zdraví z nedbalosti podle § 223 tr.z. tím, že jinému z nedbalosti ublížili na zdraví porušením důležité povinnosti vyplývající z jejich zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce, nebo uloženou jim podle zákona. Za to mohou být potrestáni odnětím svobody až na jeden rok nebo zákazem činnosti.

Může být naplněna skutková podstata trestného činu podle § 224 odst. 1 tr.z. Kdo jinému z nedbalosti způsobí těžkou újmu na zdraví nebo smrt, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta nebo zákazem činnosti.

Jako těžká újma se posuzují případy, kdy je způsobena vážná porucha zdraví nebo vážné onemocnění. Proto těžkou újmou je zmrzačení, ztráta nebo podstatné snížení pracovní schopnosti, ochromení údu, ztráta nebo podstatné oslabení funkce smyslového ústrojí, poškození důležitého orgánu, zohyzdění, **vyvolání potratu nebo usmrcení plodu**, mučivé útrapy a delší dobu trvající porucha zdraví (tj. kdy léčení trvá déle než 6 týdnů).

Podle § 224 odst. 2 tr.z. bude odnětím svobody na šest měsíců až pět let nebo peněžitým trestem pachatel potrestán, bude-li mu prokázáno, že spáchal čin uvedený v 224 odst. 1 tr.z. proto, že porušil důležitou povinnost vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce, nebo uloženou mu podle zákona.

Konečně podle § 224 odst. 3 tr.z. bude potrestán ten, kdo z nedbalosti způsobí těžkou újmu na zdraví nebo smrt více osob proto, že hrubě porušil předpisy o bezpečnosti práce nebo dopravy anebo hygienické předpisy, odnětím svobody na tři léta až deset let.

Samostatnou problematiku tvoří trestné činy nazvané nedovolené přerušování těhotenství. To jsou trestné činy, jejichž skutkové podstaty jsou uvedeny v § 227 odst. 1 tr.z.

Kdo těhotné ženě pomáhá nebo ji svede k tomu, aby své těhotenství sama uměle přerušila nebo jiného požádala nebo jinému dovolila, aby jí bylo těhotenství uměle přerušeno jinak než způsobem

přípustným podle zákonných předpisů o umělém přerušení těhotenství, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok – § 227 odst. 2 tr.z.

Odnětím svobody na jeden rok až pět let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v § 227 odst. 1 tr.z. těžkou újmu na zdraví nebo smrt – § 227 odst. 1 tr.z.

Kdo se souhlasem těhotné ženy uměle přeruší její těhotenství jinak než způsobem přípustným podle zákonných předpisů o umělém přerušení těhotenství, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až pět let – § 228 odst. 2 tr.z.

Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán, získal-li činem uvedeným v § 228 odst. 1 tr.z. značný prospěch nebo páchal-li uvedený čin soustavně anebo uvedeným činem způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt – § 228 odst. 3 tr.z.

Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude potrestán, kdo bez souhlasu těhotné ženy uměle přeruší její těhotenství – § 228 odst. 4 tr.z.

Odnětím svobody na pět až dvanáct let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v § 228 odst. 3 tr.z. smrt.

Samostatnou problematiku v porodnictví tvoří jednání, která mohou naplňovat skutkovou podstatu trestného činu neposkytnutí pomoci podle § 207 tr.z. Tohoto trestného činu se dopustí každý, kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, neposkytne potřebnou pomoc.

Protože těhotenství a porod je, jak bylo uvedeno, zásadně hodnoceno jako fyziologický děj, nikoli jako porucha zdraví, z právního hlediska by k naplnění skutkové podstaty tohoto trestného činu mohlo dojít až tehdy, když u těhotné vznikne nebezpečí smrti nebo známky vážné poruchy zdraví. Rovněž k naplnění skutkové podstaty tohoto činu dojde při neposkytnutí pomoci rodičí ženě mimo porodnici, neboť v takovém případě vždy vzniká nebezpečí její smrti nebo smrti narozeného dítěte.

Přísněji může být za uvedená jednání potrestán porodník, neboť se jedná o osobu, která je podle povahy svého zaměstnání povinna takovou pomoc poskytnout.

K páchání úmyslných trestných činů dochází ve zdravotnictví zcela výjimečně, i když byly zaznamenány případy zdravotních sester, které podáním nadměrných dávek léků záměrně způsobovaly a urychlovaly smrt některým pacientům. V porodnictví se úmyslné trestné činy nevyskytují.

Vzhledem k týmové práci v porodnictví může dojít ke vzniku poškození zdraví nebo smrti v průběhu operace nebo v pooperační době nebo v průběhu léčení, do kterého se v různou dobu a různým způsobem zapojuje více lékařů a zdravotnických pracovníků.

Proto při vzniku poškození zdraví nebo zavinění smrti je nutné odborně posoudit podíl viny jednotlivých zdravotnických i nezdravotnických pracovníků na uvedeném výsledku. V takových případech základní odpovědnost má porodník, který vede porod, nebo provádí potřebné chirurgické výkony.

Pokud poškození zdraví bylo zaviněno společným jednáním dvou nebo více lékařů, jsou spolupachateli trestného činu. V takovém případě pak každý lékař odpovídá, jako by trestný čin spáchal sám.

O případné trestně právní odpovědnosti lékaře za poškození zdraví rozhodují trestní senáty obecných soudů. Podkladem pro jejich jednání mohou být závěry znaleckých komisí, jejichž postavení a způsob jednání jsou upraveny vyhláškou č. 221/1995 Sb. V případě postupu non lege artis je komise povinna postoupit případ orgánům činným v trestním řízení. Znalecké komise mají pouze charakter poradních orgánů a jejich stanoviska a závěry nelze považovat za znalecký posudek ve smyslu § 105–110 tr. řádu. Výsledek jednání znalecké komise, která konstatuje, zda konkrétní postup byl či nebyl lege artis, může být využit k vyvození závěrů o možné odpovědnosti za škodu na zdraví, která vznikla v souvislosti s výkonem zdravotnických služeb.

■ Odpovědnost občanskoprávní

Je druhem právní odpovědnosti upravené občanským zákonem, téměř výlučně se týkající finančních náhrad škod, ačkoli někdy by mohlo přicházet v úvahu napravení škody uvedením do odpovídajícího dob-

rého stavu. Odpovědnou osobou je vždy zdravotnické zařízení, které odpovídá i za své zaměstnance.

Odpovědnost za škodu lze zásadně vyvodit jako odpovědnost:

- obecnou podle § 420 o.z., kde je dána možnost se z této škody vyvinít tím, že zdravotnické zařízení prokáže, že škodu nezavinilo;
- způsobenou provozní činností zdravotnického zařízení podle § 420a o.z., kde je dána možnost se vyvinít jen v případě, že by zdravotnické zařízení prokázalo, že škoda byla způsobena neodvratitelnou událostí nemající původ v provozu zdravotnického zařízení, nebo že škoda vznikla vlastním zaviněním poškozeného. V současné době byl vysloven odchylný závěr v rozsudku u Krajského soudu v Hradci Králové, sp. zn. 25 CO 167/97 v tom směru, že provozní činností se obvykle rozumí činnost konaná pravidelně a organizovaně za účelem dosažení určitého cíle v souladu s předmětem činnosti konajícího. I když u lékařského výkonu realizovaného zdravotnickým zařízením v zásadě je tato podmínka splněna, lékařský výkon je však činností pro svou povahu natolik specifickou, že by podřazení pod ustanovení § 420a o.z. bylo nepatřičné. Zvláštnost a výlučnost této činnosti spočívá zejména ve zvýšeném riziku škod na zdraví pacientů. Uvedené riziko vyplývá jednak z obecné obtížnosti této zdravotnické činnosti, jednak z přirozeného stupně rozvoje lékařské vědy a z určité dosavadní nedokonalosti vyvinuté a používané zdravotnické techniky a léků na straně jedné a na straně druhé z nesmírné složitosti jevů, do nichž lékař svým výkonem zasahuje.

Všechny tyto faktory, ve spojení s povinností lékaře v zájmu pacienta potřebný výkon provést, činí z lékařského výkonu činnost, která, ačkoli je provozována pravidelně a organizovaně ke splnění určitého cíle, nemůže být podrobena spravedlivě režimu objektivní odpovědnosti. Je totiž zřejmé, že každý lékařský výkon, tím více takto komplikovaný, nese v sobě určitou míru rizika poškození zdraví pacienta. Pokud by zdravotnické zařízení a potažmo též lékař byli voláni k přísné odpovědnosti za každou škodu vzniklou při lékařském výkonu, byt' sebeodpovědněji

provedeném ve smyslu ustanovení § 420a o.z., mělo by to na lékaře nepochybně nesmírně demoralizující a demotivující vliv. Liberační důvody, předvídané v § 420a odst. 3 o.z., by zdravotnickému zařízení a event. též lékařům neskýtaly vlastně jakoukoli možnost vyvázání se z této odpovědnosti za škodu.

Na základě shora uvedených skutečností je zřejmé, že ustanovení § 420a nelze vztáhnout na tak specifickou činnost, jakou je činnost lékařská, a je nutné dovodit, že v případě lékařských výkonů přichází v úvahu toliko použití ustanovení § 421a, resp. § 420 o.z.;

- objektivní a nevyvratitelnou podle § 421a o.z., když škoda byla způsobena okolnostmi, které mají původ v povaze přístroje nebo jiné věci, jichž bylo při poskytování zdravotnických služeb použito. Této odpovědnosti se nemůže zdravotnické zařízení zprostit.

Poškození uplatňují náhradu škody za bolestné a ztížení společenského uplatnění v souladu s bodovými hodnotami (viz vyhl. č. 32/1965 Sb., ve znění vyplývajícím z pozdějších předpisů), které se hradí jednorázově. Dále uplatňují ztrátu na výděлку po dobu pracovní neschopnosti, event. pro získání důchodu. Konečně mohou uplatnit náhradu za jiné ztráty, např. neuskutečněné možnosti příjmu a za škody na věcech.

Z hlediska současné praxe v porodnictví škody způsobené přístroji jsou vcelku minimální a spíše okrajové. Složitější je určit okruh věcí, jichž bylo při zdravotní péči použito. Nepochybně jsou to léky, injekce a různé porodnické nástroje. Okrajově sem soudy zařadily i zařízení ordinací, např. u pádu z vyšetřovacího stolu pro vyvrácení schůdků. Přesto je zřejmé, že uvedený okruh přístrojů a věcí není tak široký, jak je někdy dovozováno. Pod uvedenou odpovědnost nepatří např. vyklouznutí a pády novorozenců.

Samostatnou skupinu případů tvoří odpovědnost podle § 433 odst. 2 o.z. za vnesené a odložené věci ve zdravotnickém zařízení. Věci musí být odloženy na určeném místě nebo na místě, kam se obvykle ukládají. Této odpovědnosti se nelze zprostit dohodou, ale pouze důkazem, že by ke škodě došlo i jinak.

V současné době nepříznivě se vyvíjející trend náhrad škod uplatněných podle jednotlivých ustanovení o.z. byl zmírněn zatím vcelku

únosnými podmínkami pojištění takové odpovědnosti. Státní zdravotnická zařízení pro takové pojištění odpovědnosti sjednávají samostatné smlouvy, v nichž přes značné rozdíly týkající se okruhu pojištěných případů a tomu odpovídající výše pojistného lze konstatovat, že pojistné podmínky nejsou nevýhodné. I když u pojištění odpovědnosti by bylo namíště doporučit, aby státní zdravotnická zařízení zhodnotila za nejméně minulých 5 let, jaké škody byly proti nim uplatněny a po připočtení cca 20% zvýšení porovnála výši placeného pojistného s očekávanou výší náhrad škod, které by mohly být placeny. Po takovém zjištění lze odpovědně rozhodnout, zda platit pojistné je skutečně výhodné. Protože však pojištění odpovědnosti i u nestátních zdravotnických zařízení požadují zdravotní pojišťovny jako předpoklad uzavření příslušných smluv, je uvedený návrh zatím vhodný jen pro volbu příslušné pojišťovny.

Provozovatel nestátního zdravotnického zařízení je podle ustanovení § 16 zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních v platném znění, před zahájením činnosti povinen uzavřít smlouvu o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Proto i u těchto zařízení není otázkou zda, ale s jakou pojišťovnou bude smlouva uzavřena.

Občanskoprávní – hmotná – odpovědnost se uplatňuje, pokud jednání mezi poškozeným a zdravotnickým zařízením neskončí smírně, u okresních a obvodních soudů v občanskoprávních řízeních.

Na poškozeném je, aby prokázal výši škody, přímou souvislost mezi vznikem škody a odpovědností zdravotnického zařízení a uvedl důvod, proč má zdravotnické zařízení uhradit škodu.

Zdravotnické zařízení, pokud by se chtělo a mohlo vyvinut, musí prokázat, že škoda nevznikla nebo její výše je neúměrná, že mezi vznikem škody a jednáním zaměstnanců zdravotnického zařízení není příčinná souvislost. U odpovědnosti podle § 420a o.z. musí též prokázat, že škoda byla způsobena neodvratitelnou událostí, která neměla původ v provozu. U odpovědnosti za vnesené věci prokázat, že by ke škodě došlo i jinak.

Pouze u základní odpovědnosti podle § 420 o.z. má právní význam prokazovat, že škodu žádný zaměstnanec zdravotnického zařízení nezavinil.

V porodnictví na rozdíl od většiny ostatních medicínských oborů, kdy je charakteristická péče o jedinou osobu, jediného nemocného, je péče současně poskytována jak matce, tak i rodícímu se a narozenému dítěti, přičemž, jak bylo uvedeno, ve většině případů se nejedná o nemocné osoby.

■ Pracovněprávní odpovědnost

Je druhem občanskoprávní odpovědnosti v pracovněprávním vztahu, kdy její uplatnění přichází v úvahu při porušení pracovních povinností obecných, stanovených v zákoníku práce (z.p.), nebo zvláštních, stanovených v zákoně č. 20/1996 Sb., o péči o zdraví a v dalších zdravotnických zákonech. Je odpovědností určitého zaměstnance.

■ Odpovědnost obchodněprávní

Je druhem právní odpovědnosti v oblasti činnosti zdravotnických zařízení jako subjektu obchodněprávních vztahů při nesplnění povinností právnických nebo fyzických osob v podnikatelské činnosti.

■ Odpovědnost podle zákona o veřejném zdravotním pojištění

Aktuální se stala odpovědnost vyvozovaná v souvislosti se smlouvami o úhradách za poskytnutou zdravotní péči, uzavřenými se zdravotními pojišťovnami.

Na prvním místě jsou to sankce, které jsou smluveny a vyjádřeny v tzv. rámcových smlouvách se zdravotními pojišťovnami. Mohou být např. ukládány za nedůvodně vykázané výkony. Proto je nutné při uzavírání takových smluv dbát na to, aby smluvní sankce nebyly jen jednostranné vůči zdravotnickému zařízení, ale oboustranně vyvážené.

Kromě uvedených smluvních sankcí stanovil zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění vyplývajícím z pozdějších předpisů, zvláštní povinnosti zdravotnickým zařízením. Porodnictví se především týká povinností stanovená v § 55 odst. 2 cit. zák. o veřejném zdravotním pojištění.

Pro účely náhrady škody jsou zdravotnická zařízení povinna oznámit příslušné zdravotní pojišťovně úrazy a jiná poškození zdraví osob, kterým poskytla zdravotní péči, pokud mají důvodné podezření, že úraz nebo jiné poškození zdraví byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby.

Jedná se např. o fyzické napadení těhotných žen nebo vyvolání potratu.

Současné právní předpisy, které upravují všeobecné zdravotní pojištění nebo činnost nestátních zdravotnických zařízení, vylučují požadování nebo přijímání jakýchkoli úhrad v souvislosti s poskytováním zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění. Proto úhrady lze požadovat jen za péči, která není hrazena ze zdravotního pojištění vůbec, nebo u konkrétního zdravotnického zařízení za úkony, které nejsou uvedeny ve smlouvě se zdravotní pojišťovnou o poskytování a úhradě zdravotní péče.

■ Odpovědnost administrativní

Je druhem právní odpovědnosti za neplnění povinností stanovených předpisy upravujícími výkon státní správy, např. při nezajištění lékařské služby první pomoci nebo za jednání, která jsou v rozporu s právy a povinnostmi v oblasti činnosti správních orgánů. V těchto případech stát prostřednictvím státních orgánů, nikoli soudů, může uplatnit konkrétní postihy. V porodnictví přicházejí v úvahu v podstatě tři typy administrativní odpovědnosti.

- Prvým typem je odpovědnost *za přestupek*. Ta je vyvozována zcela mimořádně, takže v posledních 20 letech byla tato odpovědnost vyvozována v méně než 10 případech. Má mnoho společného s odpovědností trestní, neboť přestupku se dopustí příčetná osoba starší 15 let, která zaviněně poruší některá výslovně uve-

dená ustanovení zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, ve znění vyplývajícím z pozdějších předpisů.

Zdravotničtí pracovníci se mohou dopustit přestupku podle § 49 odst. 1 písm. b), přestupkového zákona č. 200/1990 Sb., ve znění vyplývajícím z pozdějších předpisů, kterého se dopustí ten, kdo jinému z nedbalosti ublíží na zdraví, a může mu být uložena pokuta až do výše 3000 Kč. Pokud by se však takového jednání dopustil zdravotnický pracovník, dopustil by se trestného činu.

Vzhledem k současným zkušenostem lze poukázat na nevyužívání postihu za přestupky spáchané nezdravotníky na úseku zdravotnictví (viz ust. § 29 přestupkového zákona) nebo ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi (viz ust. 30 přestupkového zákona). Trvalým problémem je však postih osob, které se dopouštějí přestupků proti zdravotnickým pracovníkům. Dlouhotrvající snaha o zlepšení stavu, postih různých urážek, pomluv ap., kterými napadají zdravotnické pracovníky různé osoby, jež nejsou nemocné, neodpovídá skutečnosti. Zdravotnický pracovník má právo na ochranu cti, a proto jakákoli jeho urážka, stejně jako kteréhokoli jiného občana, je přestupkem podle § 49 odst. 1 písm. a) přestupkového zákona, a u osob, které nejsou pacienti, není žádný důvod tyto přestupky neoznamovat, ale naopak trvat na jejich projednání a postihu.

- Druhým typem administrativní odpovědnosti jsou postihy za *porušení hygienických předpisů*. Sankce ukládá hygienik nebo okresní úřad za nedodržení povinnosti týkající se hygieny obecně a nozokomiálních nákaz zvláště.

V poslední době do stejné skupiny lze zařadit i postihy za nedodržení předpisů na ochranu životního prostředí. Sem patří postihy za znečišťování ovzduší kouřem z kotelen zdravotnických zařízení, znečišťování vod ap.

- Třetím typem administrativních postihů jsou postihy, které může ukládat okresní úřad (zdravotní rada) za *porušení povinností při provozování zdravotnického zařízení*. Nejvážnější sankcí by bylo odejmutí registrace u nestátního zdravotnického zařízení nebo odvolání vedoucích pracovníků či zásah do zřizovací listiny stát-

ního zdravotnického zařízení. O administrativní odpovědnost se jedná v případech, kdy stát prostřednictvím státních orgánů, nikoli soudů, může uplatnit konkrétní postihy.

Občanskoprávní, hospodářskoprávní, v některých případech i administrativní odpovědnost vzniká zdravotnickému zařízení, pokud ke konkrétnímu výkonu zdravotní péče jsou připuštěny nebo jej provádějí osoby, které pro takový výkon nesplňují odborné předpoklady podle § 53 odst. 4 zákona o péči o zdraví.

Ve výjimečných případech, pokud by vedení porodu, o kterém bylo předem známo, že bude komplikovaný, bylo svěřeno lékaři nebo jinému zdravotnickému pracovníkovi bez odpovídající kvalifikace; není vyloučeno, že by mohlo dojít i k vyvození odpovědnosti trestní proti tomu, kdo takovému zdravotnickému pracovníkovi vedení porodu svěřil.

■ Odpovědnost mezinárodněprávní

Přichází v úvahu tehdy, kdy zdravotnické zařízení nebo zdravotnický pracovník nerespektoval při své činnosti vůči cizincům práva a povinnosti podle práva jejich země, nebo vyplývající z mezinárodních smluv, pokud takový postup české zákony připouštějí.

1.3. Některé charakteristiky obecných úprav v porodnictví a navazující obecné právní odpovědnosti

1.3.1. Výchozí obecné přístupy

Ženy ve svém postavení biologickém a společenském jsou zranitelnější než muži. Všechny lékařské obory jim mají pomáhat při rozhodování v péči o zdraví. Účast žen v reprodukci je mnohem intenzivnější, než je tomu u mužů, a proto z uvedené skutečnosti vyplývá první specifikum porodnictví. Soudobá medicína ve své praxi využí-

vá a respektuje veškeré obecně platné biologické zákony s výjimkou přirozené selekce. Těhotenství a porod jsou procesy přírodní, ale riziko, kterému je v něm vystavena budoucí matka a plod, je takové, že nelze ponechat tento pochod jen živelným procesům. Přírodní zákony působící dnes namnoze v glorifikovaném přírodním prostředí jsou velmi tvrdé. Pokud by porodnictví nevytvářelo umělé ochranné prostředí, pokud by působila selekce bez zábrán, byly by přirozené ztráty a škody pro naši civilizovanou společnost již neúnosné. Do hry vstupují sociogenní mechanismy, kde vedle mateřských a pečovatelských reakcí, obecných, život chránících celospolečenských opatření jsou vytvářena speciální opatření týkající se ochrany zdraví budoucích matek a jejich dětí za těhotenství i během porodu. Ta se týkají nejen matek samých, ale i osob účastných na těchto procesech.

1.3.2. Podávání informací

Ženy, stejně jako v ostatních medicínských oborech, mají i v porodnictví dostávat informace o svém zdravotním stavu a přiměřené informace o léčbě, průběhu těhotenství a porodu, které ukazují alternativní možnosti lékařské péče. Informování žen a získávání jejich souhlasu nebo nesouhlasu se stává permanentním procesem. V porodnictví v této souvislosti má zvláštní úlohu intimní povaha péče i informací, které musí být chráněné lékařským tajemstvím. Lékaři zajišťují nejen své speciální služby, ale jsou odpovědní i za psychickou pohodu žen. Při poskytování zdravotní péče vyžaduje směrnice FIGO, aby ženy byly léčeny stejně bez ohledu na jejich sociálně ekonomický stav (FIGO, 1994).

Na samém začátku porodnického vyšetřování mají být ženy též dotazovány, o kterých okolnostech informovány být nechtějí. Nejčastěji je to pohlaví dítěte, ale může to být i vrozená vada, rozvoj zhoubného onemocnění ap. Jinak platí zásada, že informace o pohlaví plodu a jeho zdravotním stavu mají být dostupné. Informace získávané z prenatální diagnózy je třeba ponechávat v přísné důvěrnosti. Je to důležité ve smyslu genetického mapování, které může

u plodu odhalit sklon k chorobě v pozdějším věku a může mít dopad na život jedince v takových záležitostech, jako je volba povolání, zaměstnání, pojištění a sňatek.

Informace sděluje lékař takovým způsobem, aby byl naplněn postulát »Salus aegroti est suprema lex« – nejvyšším zákonem je zdraví nemocného. Informace se podávají, pokud je to možné, především samé ženě a je na ní, aby rozhodla, koho má informovat ona nebo ošetřující lékař. Přitom se jedná o informace přiměřené, diferencované, s přihlédnutím i ke vzdělání, věku a současnému psychickému stavu ženy. Je nezbytné vyhýbat se nekritickým optimistickým předpovědím – v porodnictví »nevíme dne ani hodiny«. Jelikož nelze většinou stanovit ani přesné časové údaje o době porodu nebo o propuštění, spokojujeme se s podmíněnými kvalifikovanými odhady.

Zvláštní skupinu tvoří případy osob mladších 18 let. Podle názoru autorů u žen mladších než 15 let jakoukoli informaci o jejich těhotenství nelze zamlčet před jejich zákonnými zástupci nebo opatrovníky.

Protože k otěhotnění došlo po pohlavním styku s osobou mladší než 15 let, došlo k trestnému činu pohlavního zneužití, a takový případ by měl být oznámen příslušnému orgánu péče o dítě a orgánům činným v trestním řízení.

U ženy, která nedovršila 16 let svého života, lze uměle přerušit těhotenství jen se souhlasem zákonného zástupce, popřípadě toho, jemuž byla svěřena do výchovy.

U osob ve věku od 16 do 18 let by mělo být dáno poučení s ohledem na věk a rozumové schopnosti ženy a její vůle, zda má být těhotenství uměle přerušeno a kdo má být informován o jejím zdravotním stavu, by měla být respektována. Povinností zdravotnického zařízení u umělého přerušení těhotenství takových žen je, aby vyrozumělo jejich zákonné zástupce.

Ze zpětných dotazů lze nabýt přesvědčení, zda bylo informacím porozuměno, a podle potřeb se výklad opakuje a doplňuje. Se způsobem a obsahem informace je vhodné seznámit celý kolektiv zdravotnických pracovníků. »Zasvěcené doplňky« sester, mediků a mladých lékařů mohou podřýt důvěru k zařízení a být i podnětem k pozdějším

stížnostem. Krajně nevhodné je seznamovat pacientku s někdy kontroverzními názory, které lékaři mají. Lékaře chrání i zachovávání hierarchie s rozdílnou mírou odpovědnosti. Lékař nezkušený nemá na sebe brát riziko rozhodování, které mu nepřísluší, což platí i pro celé zdravotnické zařízení.

Člověk v kritických situacích, kdy je bezmocný, vystrašený, potřebuje někdy více než drsnou pravdu berličky. V medicíně se uplatňovala a dosud uplatňuje *pia fraus*. Milosrdná lež může nemocného poškodit, nevhodně sdělená pravda také. Pokud jsou dosud diskuse o tom, v jaké míře a jak sdělovat diagnózu onkologickým pacientům nevyhlášeným nemocným, v porodnictví tento problém nikdy neměl vážnou úlohu. Rodička se tak jako tak dozví, zda je dítě živé, zdravé, zda není postižené vrozenou vadou ap. Pokud je plod zruďný, je jistě snazší ušetřit matku pohledu, který může být velmi traumatizující. Existují však situace, kdy u dosud živého anencefala trvala žena na křtu v nouzi, kterého se účastnila. V těchto případech je lékař v rozporu mezi předpisy a profesionální etikou se zásadou »non nocere« – nepoškodit svěřenou. Navíc v porodnictví v kritických situacích nelze diskutovat, ale je nutné jednat. Lékař postupuje pak ve smyslu *periculum a mora* – nebezpečí z prodlení –, a pokud by jednal jinak, porušoval by integritu ženy ještě výraznějším způsobem.

1.3.3. Povinná mlčenlivost

Porodník, terénní gynekolog a pediatr v činnostech, které souvisejí s porodnictvím, vzhledem k závažnosti možných důsledků, snad ještě o něco více než lékaři jiných oborů a ostatní zdravotničtí pracovníci, jsou povinni zachovávat mlčenlivost nejen o zdravotním stavu těhotných a rodiček, ale – jak jim to ukládá ustanovení § 55 odst. 2 písm. d) zákona o péči o zdraví – o všech dalších skutečnostech, které se dozvěděli při výkonu svého povolání. Toto ustanovení zní:

»Každý zdravotnický pracovník je povinen zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání.«

To se týká i případů, kdy se mu např. těhotná žena svěřila, že falšovala zdravotní údaje pro potřeby zaměstnání, bytového úřadu, že se dopustila podvodu majetkového. Lékař, stejně jako ostatní zdravotničtí pracovníci, nesmí hlásit pacientku či jejího partnera, který ho vybízí ke korupčnímu jednání. Vhodné je takové případy evidovat v dokumentaci, např. pod šifrou temptamen (temptator – pokušitel), z pokušitelů se často stávají v budoucnu stěžovatelé a takový záznam je určitou ochranou v případě, že je později lékař soudně stíhán. Je pravidlem, že při eventuálních stížnostech se vychází prakticky z premisy o pravdivosti úsudku pacienta či jeho příbuzných. Nejsou vzácné případy, že stížnost je podána »za zády« pacientky jejími příbuznými, která s jejím obsahem nesouhlasí, a přesto je prověřována.

Povinnou mlčenlivost mají zdravotničtí pracovníci uloženou i v dalších právních předpisech, jako např. v zákoně o veřejném zdravotním pojištění, v zákoně o ochraně osobních údajů. V citovaných předpisech jsou však stanoveny i případy, kdy povinná mlčenlivost je prolomena. Obecně lze konstatovat, že údaje, o kterých se dozvěděl zdravotnický pracovník v souvislosti s výkonem svého povolání, lze sdělit v podstatě komukoli s předchozím souhlasem ošetřované osoby. Určité osobě nebo určitému orgánu lze sdělit takové skutečnosti, byl-li zdravotnický pracovník povinné mlčenlivosti zbaven nadřízeným orgánem, pouze však v důležitém státním zájmu. V současné době není definován ani nadřízený orgán (u nestátního zdravotnického zařízení takový orgán neexistuje), ani důležitý státní zájem, proto se v odborné literatuře dovozuje, že tento důvod zproštění mlčenlivosti je v současné době neaplikovatelný. Konečně povinná mlčenlivost je prolomena v případě, kdy skutečnosti chráněné povinnou mlčenlivostí ukládá zákon nebo obecně závazný právní předpis sdělit v zákoně určeným orgánům, především státním. Taková povinnost je např. uložena v § 168 odst. 1 tr.z. V praxi se může jednat o případ např. týrání svěřené osoby (§ 215 tr.z.), vraždy (§ 219 tr.z.).

Povinné lékařské mlčenlivosti se však nelze dovolávat, pokud údaje o zdravotním stavu jsou sdělovány jinému lékaři nebo zdra-

votnickému pracovníkovi v souvislosti s potřebou zajistit patřičnou návaznost zdravotní péče. Případy nesprávných postupů se však stále vyskytují. Nejen porušením povinné mlčenlivosti, ale i lékařské etiky jsou případy, kdy některé dehonestující diagnózy, např. že je žena hysterická, jsou sdělovány nahlas přede všemi, což navíc může být chápáno jako urážka. Veškeré diagnózy jsou vnitřními záležitostmi porodnice a rozhodně je nelze dále zveřejňovat. I hysterická žena může náhle nebezpečně onemocnět i zemřít. Pokud pacient sděluje jakékoli potíže, je nezbytné zachovat důstojnou vážnost, nebagatelizovat, dokud není naprostá jistota o jejich původu.

Časté je porušení povinné mlčenlivosti nechtěné, navíc nezkušený zdravotnický pracovník netuší, že je něco utajováno především ze strany matky. Pater semper incertus (otec je vždy nejistý) a není věcí personálu, aby se po něm všetečně z vlastní iniciativy pátralo. Jsou známé i příhody z šestinedělí, kdy u plodu s inkompatibilitou Rh systému či při omylech ve vyšetření krevní skupiny pediatr manžela bez obalu seznámí se svými nálezy, event. vysloví své pochybnosti o paternitě, např. že mu nějak nesouhlasí skupina dítěte podle skupiny matky a otce, a manžel tak dojde k oprávněnému či neoprávněnému přesvědčení, že dítě není jeho. Proto vždy diskrétně u rodičky zjišťujeme, zda manžel je též otcem, aby z nezkušené horlivosti nenastalo vyzrazení utajované skutečnosti. Pokud by žena v takovém případě oprávněně žalovala lékaře, že porušil mlčenlivost, pravděpodobně by pro něj nenastala odpovědnost, ani trestní ani občanskoprávní, ale mohlo by nastat řízení před Lékařskou komorou pro porušení lékařské etiky.

1.3.4. Revers

V porodnictví mají značný význam i reversy, tj. prohlášení, kdy nemocné odmítají přes náležité vysvětlení potřebnou péči, podle § 23 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb., v platném znění, a ošetřující lékař si o takovém odmítnutí musí vyžádat písemné prohlášení. To se nazývá reversem. Je však nutné odlišovat, zda péči odmítá žena

nemocná, kdy přichází v úvahu revers, nebo zda se jedná o péči v mateřství, kdy odmítnutí péče, pokud je vůbec reálné, se řídí obecnými právními předpisy. Proto v takových případech je nutné např. těhotnou ženu poučit nejen o medicínském riziku, ale i o právních důsledcích, které by z odmítnutí zdravotní péče mohly vzniknout, např. o možných trestních důsledcích, pokud by svým jednáním měla zavinit smrt novorozence. Její prohlášení o odmítnutí péče i v takových případech by mělo být písemné a učiněno před svědky. Vyžádání reversu je hraniční situace, neboť i v porodnictví platí, že veškerá péče je ženám poskytována s jejich souhlasem. Nesouhlas, tedy i příčiny reversů jsou multifaktoriální, není záležitostí jen žen nevdělaných, téměř 70 % má středoškolské nebo vysokoškolské vzdělání. Příčinou je strach, odtržení od rodiny, nesnášení nemocničního režimu, starost o dítě, představa, »že ležet může i doma«, těžká sociální situace žen bez partnerů, nedůvěra k lékaři či ústavu, u psychopatických se příčina zjistit ani nedá. V dokumentaci o reversu vzhledem k možným dalším komplikacím je vhodné vyznačit i tuto okolnost. Jedná se však o situace překonatelné, a proto i v porodnictví je uplatnění písemného reversu zcela výjimečné.

1.3.5. Zdravotnická dokumentace

Od okamžiku začátku zdravotní péče o ženu, zejména po přijetí těhotné ženy do porodnice, je nutné založit, pokud se tak již nestalo dříve, chorobopis, popřípadě porodopis, a dále do něj zaznamenávat základní úkony její léčby, postup dalšího průběhu těhotenství a porodu. To je povinnost, která dá rozhodný důkaz o tom, zda se postupovalo v souladu se současnými poznatky lékařské vědy, a podmiňuje i správné rozhodování o dalších léčebných a ostatních úkonech. Do dokumentace patří i diferenciálně diagnostické rozvahy, které dokumentují, podle čeho se lékař rozhodoval pro ten který postup. Za kvalitní vedení chorobopisu a další zdravotnické dokumentace je odpovědný ošetřující lékař, který může zápisem některých výkonů pověřit i další lékaře nebo střední zdravotnické pracovníky. Zdra-

votnická dokumentace by měla být soustavně kontrolována primárem oddělení nebo přednostou kliniky. Neplnění této povinnosti je porušením pracovněprávních povinností.

Řádně vedený porodopis (chorobopis) může prokázat důvodnost medicínských postupů konkrétního lékaře nebo zdravotnického pracovníka. Tím se vytváří potřebný a jednoznačný důkaz o nevině konkrétních porodníků a ostatních zdravotnických pracovníků ve forenzních případech a při přezkoumávání, zda konkrétní postupy byly provedeny lege artis včetně prokázání přerušení příčinné souvislosti u případně uplatněných nároků na občanskoprávní náhradu škody.

Dokumentace má být v zájmu pacienta i právní odpovědnosti lékaře co nejpečlivější. Ve sporech lékařští poradci postupují podle předepsaných formulářů, sestavených tak, že veškeré výpadky dokumentace jsou odhaleny. Přesto na rozdíl od řady jiných států u nás z jednání znaleckých komisí vyplývá, že vedení chorobopisů není věnována potřebná pozornost.

Chorobopis je vnitřním základním dokladem zdravotnického zařízení a v současné době správně vedený chorobopis je i rozhodným podkladem pro vykazování výkonů a jejich důvodnosti pro zdravotní pojištění.

Uchování zdravotnické dokumentace, včetně ambulantních karet, se v porodnictví řídí skartačními řády, které by měly být vydány vedením zdravotnických zařízení.

U ambulantních zdravotnických zařízení by ambulantní karty měly být uchovány po celou dobu, kdy je žena v péči takového zařízení, a nejméně 10 let po skončení této péče, pokud zdravotnická dokumentace nebude předána jinému zdravotnickému zařízení.

Podstatně vyšší význam budou mít chorobopisy po vstupu České republiky do Evropské unie, kde budou při volném pohybu osob podkladem pro jejich léčení v cizích státech.

1.3.6. Ochrana počítačových dat

Osobní data mohou být shromažďována a uchovávána jen pro účely lékařské péče, diagnózy či prevence nebo výzkumu a musí být zabezpečena naprostá důvěrnost informací.

Počítačová data je nutno chránit před:

- vnitřním únikem dat;
- vnějším útokem.

Vnitřní únik dat je většinou způsoben špatným chováním personálu. Pro minimalizaci úniku dat je nutné dodržet následující pravidla (předpokládáme instalaci lokální sítě a sdílení části dat). Je nutné užívat kvalitní síťový software a využít v rámci možností všechny bezpečnostní prvky, které nabízí (kódování, audit). Každý uživatel musí mít své počítačové konto chráněné heslem a nese veškerou odpovědnost za škody způsobené pod jeho jménem. Je nutné dodržovat pravidla pro hesla – heslo musí mít minimálně 5 písmen, nesmí to být jméno osoby ani věci a mělo by se v pravidelných intervalech měnit. Je třeba minimalizovat přístupová práva uživatelů v síti na nutné minimum. Je nutné zamezit přístupu cizích osob k počítači (tj. např. zabránit jim ve spuštění programů pro zachycování hesel), zabránit přístupu nepovolaných k libovolnému aktivnímu bodu sítě (např. aktivní počítačová zásuvka, HUB a switch), zakázat sdílení lokálních disků (sítí Microsoft). Nikdy se nesmí používat cizí software z neověřených zdrojů. Je nezbytné centrálně zálohovat data a zálohy ukládat na bezpečném místě, rozhodně neprovádět lokální zálohy na diskety, které může kdokoli odnést. Těžko se bude realizovat minimalizace přesunů, tj. exportu dat pro pojišťovny, účtárny ap.

Vnější útok je většinou zaměřen na centrální datový server sítě a je obvykle veden přes internetovou přípojku. Základní ochrana je: nebýt připojen na internet (banky), chránit vhodným způsobem vstupní bod – tzv. FIREWALL, což je speciální program na oddělení sítě od internetu. Nakonec je nutno zajistit všechny body týkající se vnitřního úniku dat.

1.3.7. Chyby v léčebných postupech – obecné poznatky

I když zjedinele, přesto dojde při poskytování léčebné péče k chybě. Pokud v důsledku této chyby dojde k poškození zdraví, nebo vznikla-li důvodná pochybnost o postupu non lege artis, je zdravotnické zařízení povinno takový případ oznámit k projednání v příslušné znalecké komisi podle § 77 odst. 6 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.

Odpovídá etice konkrétního porodníka, aby o svých chybách, včetně těch, které nevedly k neodstranitelnému poškození zdraví, informoval nejen své nadřízené, ale i své kolegy, kteří se podílejí na péči o pacientku, u které k chybě došlo.

Cílem je zabránit zvětšení chyb nebo dalším škodám.

Podle názoru autorů publikace je věcí nejen osobní cti, ale i konkrétního případu, zda porodník svoji chybu sdělil pacientce. Přitom by mělo být sledováno nejen to, zda pacientka chybu přijme odpovídajícím způsobem, ale současně zda tím nebude dán významný nástroj pro právní i neprávní napadení zdravotnického zařízení.

Zjistí-li chybu jiný lékař, je povinen sdělit ji svému nadřízenému a v rámci kolegiality i tomu, kdo se jí dopustil. Je pak na nadřízených, pokud zjistí, že nebyl dodržen správný postup, aby to oznámili znalecké komisi, podali trestní oznámení či uplatnili jiný postih. Vždy by však měl mít ten, o jehož chybě se jedná, možnost se k věci vyjádřit a obhájit se. Podle názoru autorů publikace by v žádném případě chyba kolegy, ať již domnělá nebo skutečná, neměla být jiným lékařem sdělena pacientce nebo jiným osobám mimo zdravotnictví. To je porušení etických principů, za které by mohlo dojít k vyvození odpovědnosti Českou lékařskou komorou. To nevyklučuje, aby primář, přednosta nebo jiný vedoucí pracovník sdělil pacientce, že došlo k chybě v léčení, nikoli to, kdo ji způsobil. Uvedení jména podřízeného pak lze hodnotit jako svalování své odpovědnosti na jiného a často vede k celoživotnímu pronásledování lékaře, který měl chybu způsobit.

1.3.8. Záměny léků

Záměny zná každý z osobní zkušenosti. Nese-li číšník větší skupině objednaná jídla a špatně je přidělí, řeší se to s úsměvem. V rámci racionalizace práce, kdy si sestry namnoze přichystají injekce, dají je na jeden manipulační vozík a pak je aplikují, snadno může dojít k záměně.

Na jedné pražské mimofakultní porodnici na porodním sále ležely vedle sebe rodička s pomalu postupujícím porodem a žena s hrozícím předčasným porodem. Nastala záměna infúze, u hrozícího předčasného porodu byl podán oxytocin, takže nastoupily silné kontrakce, žena předčasně porodila. U rodičky, která dostala tokolytický lék, nastala při hlavičce již vstoupilé do malé pánve zástava porodu, která nebyla řešena operačně, ale konzervativně. Po mnohahodinové přestávce porodila, dítě bylo v pořádku, ale v důsledku dlouhotrvajícího tlaku vzniklo u matky poškození lumbosakrálního plexu s trvalými senzorickými i motorickými následky, které byly řešeny finančním odškodněním.

1.3.9. Laboratorní omyly

Na možnost omylů je třeba myslet při hodnocení biochemických výsledků. Chyba může vzniknout již při odběru, nejběžněji např. náběrem z vény, do níž byl aplikován roztok glukózy. Materiál může být znehodnocen tepelně, přístupem vzduchu; materiál na vyšetření nemusí vůbec dojít.

Anekdotická, našťěstí bez vážných následků, byla tato příhoda. Na klinickém pracovišti zřízenec rozbil nádobu s močí. Místo aby vše nahlásil, vymočil se do jiné zkumavky sám a při vyšetřování hormonů v moči vznikly pochopitelně matoucí výsledky. Na jednání upozornili jeho spolupracovníci, kterým se chlubil, jak doktory napálil.

Záměna materiálu je běžnou chybou laboratoří. Na zkumavce zmizí rodné číslo, existují dva pacienti nejen stejného příjmení, ale i jména, informace statim sdělované po telefonu se mohou zkomolit. Pracovníci biochemických laboratoří jsou pod permanentním tla-

kem požadavků statim. V některých situacích, jako jsou krvácivé stavy, je hematologem řízena léčba převážně jen podle laboratorních výsledků a chyba by mohla způsobit škodu.

1.3.10. Stanovení diagnózy

Při vyšetření v porodnici, při kterém je pacientka hospitalizována, se nestanoví správně diagnóza, takže není odhaleno další závažné onemocnění. Takové situace se vyskytují ve zdravotnictví každodenně. Kdysi prováděné studie, srovnávající u zemědělských diagnózu klinickou a patologickoanatomickou, ukazovaly namnoze velké rozpory, zejména u oborů interních. Posuzovat míru možného zavinění a pochybení přináleží pouze odborným znaleckým komisím.

1.3.11. Mimoprofesionální vazby s těhotnými a rodičkami

Diskutovanou otázkou jsou různé mimoprofesionální vazby mezi lékařem, porodníkem, porodní asistentkou a určitou těhotnou ženou, rodičkou a jejími rodinnými příslušníky. Sem nepatří případy běžného uznání, které většinou končí při opuštění porodnice nebo krátce poté, ale vazby, které mají dlouhodobější charakter. Pro takové vazby platí zásada, že při nich nelze v žádném případě využívat nebo dokonce zneužívat závislost těhotné ženy nebo rodičky při poskytování zdravotní péče. Takový přístup je porušením § 3 odst. 6 Etického kodexu České lékařské komory – Stavovský předpis č. 10. Zde je stanoveno, že:

»Lékař nesmí zneužívat ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoli způsobem, zejména pak tím, že vynucuje na nemocném finanční úplatu nebo jiný hmotný postih.«

Přestože těhotné ženy nebo rodičky nejsou nemocné, ale je jim poskytována zdravotní péče, porušení uvedeného ustanovení může proniknout i do vztahů v porodnictví. Porušení uvedeného zákazu, pokud by v takovém jednání nebyl spatřován trestný čin, je disciplinárním proviněním, jak to vyplývá z Disciplinárního řádu České

lékařské komory – Stavovského předpisu č. 4 –, ve kterém je uvedeno, že za provinění poškozující dobrou pověst lékařského stavu se podle § 1 odst. 1 písm. e) považuje:

»zneužívání vztahu a závislosti nemocného k lékaři«.

Pokud by však nedošlo k využívání nebo zneužívání závislosti, na rozdíl od právních úprav v jiných zemích není u nás zákonem zakázáno, aby jako projev uznání byly porodníkovi svěřeny nebo dokonce darovány konkrétní movité nebo i nemovité věci. Při rozhodování, zda budou přijaty, je však třeba pečlivě dbát na to, aby později takový dar nebo svěření majetku nebylo hodnoceno jako přijetí úplatku. Protože s konečnou platností posoudit, co je a co není úplatek, přísluší soudním orgánům, je nutné poukázat na závažná rizika, která s takovým postupem souvisejí a která mohou pro lékaře znamenat celoživotní problémy.

1.3.12. Ostatní poznatky

V současném porodnictví existují zcela nové postupy, jako je např. screening, monitorování za porodu, rozvoj neonatologie, péče o plody extrémně nezralé, činnost center asistované reprodukce, antenatální diagnostika vrozených vad atd.

Zlepšená technologie intenzivní péče antenatální, intranatální a postnatální se odrazila ve snížené mortalitě i morbiditě matek a plodů, což společnost vnímá jako samozřejmý živelný proces. Pokud nastane ohrožení zdraví a života matky a plodu, podobně jako v jiných oblastech hledá se zavinění a finanční odškodnění. Porodnictví, stejně jako např. chirurgie, anesteziologie, se z pohledu právní odpovědnosti stává rizikovým povoláním, které lékaři v některých zemích nechtějí z tohoto důvodu vykonávat.

Rozpor spočívá v tom, že mají přebírat odpovědnost za svěřenou rodičku, ale jejich pravomoc je omezena poukazem na práva pacienta, který může spolurozhodovat. Nastává např. zrušení patriarchálních poměrů, kdy lékař podle svého rozhodnutí filtroval informace, které mohou na svěřenou ženu působit negativně, což vede k otevřenému jednání, kdy má žena nezadatelné právo být informována

o svém zdravotním stavu a seznamována se všemi riziky, na která při diferenciální diagnostice lékař pomyslí. Rovněž u podávaných léků má být žena předem informována o všech komplikacích, interakcích, vedlejších účincích atd. Tyto komplikace jsou sice ve skutečnosti třeba velmi malé, ale objektivně mohou podle statistických pravidel nastat. Takové počínání u vnímavých žen může v samém začátku narušit kladný vztah k léčbě. Lékař má sice možnost svoji integritu chránit a udržovat, namnoze však při narušení psychické integrity ženy. Pokud podepisuje žena vyčerpávající soupis možných komplikací včetně nejméně závažnějších, je tím lékař forenzně do velké míry chráněn. Prospěch pro ženu je problematický i za předpokladu, že po přečtení reversu žena informace zpracuje jako profesionál – lékař –, pochopí je a bude jim rozumět.

Úzkostlivé lékaře mohou tyto poměry vést k alibistickému jednání, kdy odsouvá rozhodnutí na jiné a kdy dominantou jeho činnosti je to, aby při event. forenzním řízení byl stále »krytý«. Lékař zažívá z lidského hlediska namnoze nepochopitelný nevděk, kdy např. po záchraně života je žalován, že v kritické situaci neaplikoval intravenózní injekci *lege artis* a tím způsobil později bolesti v loketním ohbí. S tímto kalkulují pojišťovny, aby mu nabídly vhodné osobní pojištění na riziko spojené s povoláním. Odpovědnost za náhrady škod v případě pomýlení v ústavní léčbě hradí i nadále zdravotnická zařízení. Mohou se však proti této své odpovědnosti pojistit. Zvyšují se však případy, kdy za neočekávaný výsledek je navrhováno trestní stíhání. To se již nemůže týkat zdravotnického zařízení jako právnické osoby, ale konkrétního lékaře nebo zdravotnického pracovníka.

Ošidná je z hlediska prodlení i psychoterapie vedoucí ke zbytečnému oddálení příčinné terapie. Lékař často na počátku choroby má tendenci příznaky bagatelizovat. Příznakům přisoudí psychický původ, a ten se snaží ovlivnit. Bývá to u lékařů v psychoterapii nevyškolených. Psychoterapeut ví, jak obtížné je skutečně psychické poruchy odstranit. Je-li závažnost choroby takovým postupem podceňena a nastane-li škoda, takový postoj před soudem jako *lege artis* neobstojí. Spolehlivější a moudřejší je léčbu psychosomatickou

zařadit nikoli na počátek onemocnění, ale na samý konec, až když je bezpečně vyloučena příčina organická. Jako opomenutí povinné péče není v uvedených případech hodnoceno nepoznání skutečné diagnózy, ale nedostatečné pátrání a opomenutí prověřených stereotypních diagnostických postupů.

U těhotné v 26. týdnu přetrvávalo zvracení, které nastoupilo na samém počátku gravidity. Nemocná odmítla hospitalizaci, léčba ataraktiky doma byla neúčinná. Nevyšetřena, stále zvracela, ztrácela tělesnou hmotnost, omdlávala, nakonec ztratila trvale vědomí. Při převozu do nemocnice bylo diagnostikováno nitrolebeční krvácení. Při operaci byl z mozku odstraněn krvácející venózní konvolut. Ošidná je v takových případech, kdy těhotná zvrací, zbrkle stanovená diagnóza emesis gravidarum. V případě zvracení je třeba vyloučit možnou náhlou příhodu břišní, infekci, onemocnění gastroenterologická, hepatologická, v neposlední řadě neurologická. V daném případě to nebylo pro odpor pacientky možné.

Není snad potřebné zdůrazňovat obecnou pravdu a zkušenost, že ani zkušení praktici by neměli dělat »diagnózu od boku«. Většinou mají sice pravdu, ale občas nikoli, a právě takové případy mají možnou právní dohru. Není vhodné stanovovat jen jednu diagnózu a té se držet. Vyplatí se vždy uvažovat o diagnostice diferenciální. Velmi často se chybuje např. v diagnostice mimoděložního těhotenství tím, že se na ni vůbec nepomyslí. Jakmile se podezření vysloví, lze diagnózu většinou snadno doložit či vyvrátit.

Častou přetrvávající chybou je, že lékař přejímá hotovou diagnózu vyslovenou předchozími lékaři, aniž prověřuje její správnost.

Těhotná dostala bederní křeče dobře jí známé z předchozího životního období, kdy měla opakovaně zjištěné renální koliky. S touto diagnózou byla odeslána na chirurgickou kliniku, kde po třech dnech provedli laparotomii a zjistili retrocékálně uložený apendix se srůsty svědčícími pro chronický zánětlivý proces.

Z odborného hlediska lze jen opětně doporučit, aby se lékař vždy držel rozboru příznaků.

Závěrem nutno konstatovat, že do značné míry nastává karikatura společenské dělby práce a odpovědnosti. Zneklidňuje se lékař i svě-

řená rodička. *Permanentní odpovědnosti nemůže nikdo lékaře zbavit, musí s ní počítat již při volbě povolání, které si svobodně vybral. Proto jedním z úkolů této publikace je zredukovat zbytečné obavy a zdůraznit, že lékařská profesionalita je nejlepší společenskou ochranou. Lékař je povinen se neustále vzdělávat, jelikož přísun informací, které získává ve své vlastní praxi, je nedostatečný. Potřebuje se opírat o racionální prověřené postupy lege artis, a pokud je zachovává, nemusí se obávat. Případy, kde nastupuje trestní odpovědnost, v převážné většině vznikly až při hrubém porušení lékařských povinností. Jak pravil patologický anatom Jedlička, »ještě nikdy nebyl trestán lékař za to, že nepoznal cysticerka ve foramen Magendii«. Nejdůležitější je ochrana práv jedince. V zákonech se musí citlivě zvážít, kdy a jaký má být podíl osobní odpovědnosti za vlastní zdraví. Nutno poznat i stavy snížené přičetnosti pacienta, stavy omezující schopnost svéprávně jednat.*

Současné názory a některé příkré odsudky veřejnosti vycházejí z předpokladu, že každé žádoucí započaté těhotenství musí skončit samovolným porodem zdravého donošeného dítěte, bez vrozené vady, jehož další vývoj nebude porodem nijak nepříznivě narušen. Samozřejmě se očekává, že při porodu nebude ohroženo zdraví a život matky, požaduje se porod rychlý, bezbolestný, probíhající v dobrém somatopsychickém komfortu. Proto každá odchylka od uvedeného předpokladu je hodnocena jako selhání předporodní a porodní péče. V řadě případů tyto shora uvedené nesplněné předpoklady jsou důvodem stížností i trestních oznámení.

Tím někdy bezbřehé společenské požadavky nekončí, překonávají proslulé »poručíme větru a dešti«. Těhotenství podstupuje řada žen, u kterých je kontraindikováno, a může vést k závažným, i život ohrožujícím komplikacím. Rodí ženy po transplantaci ledvin, při těžkých kardiopatiích, dokonce po srdeční transplantaci. To klade na zdravotnickou péči a odpovědnost stále větší nároky. Protože soukromé ústavy se podobným rizikům, která mohou ohrozit jejich pověst, vyhýbají, koncentrují se nejzávažnější případy do veřejných specializovaných porodnic s erudovaným personálem a týmovou spoluprací, což zajišťují především univerzitní kliniky. Je pochopi-

telné, že při každé práci může vzniknout omyl, pochybení. Lékaři i porodní asistentky mají proto eminentní zájem, aby k riziku takto exponovaného sledovaného povolání, které přináší noční služby, stresující situace vyžadující rychlá řešení, nepřibývalo navíc nebezpečí neoprávněného právního postihu.

Oproti jiným úsekům medicíny je zde základní rozdíl. U autonehody s polytraumatem může zraněný kdykoli zemřít, aniž to vzbudí nějakou kritiku. Maximálně se sleduje, zda byla včas poskytnuta odborná lékařská pomoc. V porodnictví může být však náhle ohrožena na životě zcela zdravá žena, a to v biologickém procesu. Těhotenství a porod nejsou žádná choroba, jsou posuzovány jako normální děj. Přitom kritické rozbory ukazují, že v našich poměrech by samovolně bez ohrožení vlastního zdraví a ohrožení dítěte porodilo cca 30 % populace. V případě, že ústav koncentruje komplikovaná těhotenství, narůstá procento císařských řezů až na 20 %.

Celospolečenská prostoduchá naivita bezpečnosti je podporována krátkodobými kurzy manželů, kteří se dovídají o porodu, že představuje naplnění nejlahodnějších emocí spojených se vznikem nového života, porod je pak prostředkem k vytvoření mohutných citových mezipartnerských vazeb atd. O komplikacích se vesměs pomlčuje, pokud je dovoleno po dobře probíhajícím porodu manželovi přestříhnout pupečník, získává představu, že se na porodu aktivně podílel a že to vlastně nic není. Fundamentalističtí stoupenci neporušeného ekosystému volají po porodech přirozených a dovozují, že hlavní potíže jsou iatrogenní. Znovu ožily názory nacistické Leiterin der Reichshebammenschaft – vedoucí říšského porodního babictví paní Conti, která propagovala porody doma, za účasti porodní asistentky. Mnoho škod vytváří doslova zneužívaná svoboda slova v hromadných sdělovacích prostředcích, kdy zejména v televizi lze ovlivnit velkou část populace.

1.3.13. Lékař jako veřejný činitel

Při úvahách v této obecné části nutno zaujmout stanovisko k opakované problematice, zda současná úprava, kdy lékař ve svém zdravotnickém

zařízení je veřejným činitelem při rozhodování o pracovní neschopnosti, ale v ostatní své činnosti nemá výhody veřejného činitele, je dostatečná. Přitom se argumentuje v současné době i mezi porodníky, že lékař, který nemá postavení veřejného činitele, nemá dostatečnou ochranu před podáváním neoprávněných stížností, před nedůvodným osočováním, před urážkami v hromadných sdělovacích prostředcích.

K tomu je nezbytné opětně zdůraznit známou skutečnost, že lékaři a ostatní zdravotničtí pracovníci nevyužívají ochranu, kterou mají jako kterýkoli jiný občan. Proto, je-li zdravotník urážen, což se děje nikoli nemocnými, ale převážně zdravými osobami, má možnost se obrátit s oznámením o přestupku na příslušný okresní úřad; je-li mu nebezpečně vyhrožováno, má možnost takovou skutečnost oznámit orgánům činným v trestním řízení pro podezření z trestného činu podle § 197a tr.z. Je-li pomlouván, má možnost to oznámit jako podezření z trestného činu pomluvy podle § 206 tr.z. Proto pokud není využívána ani uvedená základní ochrana, zákonem stanovená zvýšená ochrana by nemusela přinést očekávaný výsledek. Konečně ani zvýšená ochrana nezaručí, že konkrétní zdravotnický pracovník nebude napaden. Naproti tomu přiznání postavení veřejného činitele lékařům by znamenalo výrazně zvýšenou trestní odpovědnost, zejména tehdy, pokud by došlo k podezření ze spáchání trestného činu zneužití pravomoci při výkonu jejich činnosti.

Proto se zdá, že v současné době nejsou podmínky ani důvody, aby postavení lékaře jako veřejného činitele bylo zakotveno v trestním zákoně.

Mimo uvedenou trestně právní ochranu se může napadený lékař dovolávat ochrany osobnosti podle § 11 o.z., pokud se takové napadení dotýká jeho občanské cti, kam patří podle názoru autorů publikace i jeho medicínská odbornost. Přitom k úspěšnému uplatnění práva na ochranu osobnosti se nevyžaduje vyvolání některých následků, ale stačí, že zásah byl objektivně způsobilý narušit nebo ohrozit práva chráněná ustanovením § 11 o.z. (viz publikovaný rozsudek Nejvyššího soudu 1 Cz 32/78).

Vzhledem k tomu, že v současném období probíhají silné mediální kampaně, ve kterých jsou negativně hodnoceny odborné postu-

py konkrétních lékařů, napadený lékař se může domáhat ochrany své osobnosti i návrhem, aby byla publikována tzv. tisková oprava podle § 19 a 20 tiskového zákona č. 81/1966 Sb. Reálné zkušenosti však s tímto institutem nejsou dobré, neboť podle těchto ustanovení se nelze domoci tiskové opravy, pokud by se jednalo o názor novináře a rovněž délka soudního řízení smysl této ochrany významně snižuje. Proto by jistě bylo účinnější zakotvení práva na odpověď, tak jak se o tom vede diskuse o novém tiskovém zákonu.

V souvislosti s ochranou dobrého jména a cti konkrétního lékaře nutno dodat, že obdobné soudní ochrany se může dovolávat i zdravotnické zařízení podle § 19b odst. 3 o.z. Přitom lze požadovat nejen to, aby se osoba, jež se dopustila urážky, zdržela snižování dobrého jména zařízení, ale i přiměřené finanční zadostiučinění.

V současné době do této odpovědnosti, vzhledem k nepopíratelné konkurenci mezi nestátními zdravotnickými zařízeními, patří i ochrana obchodního jména zdravotnického zařízení podle § 12 obchodního zákoníku (zákona č. 513/1991 Sb.). Podle tohoto ustanovení každé nestátní zdravotnické zařízení, které má své obchodní jméno zapsáno v obchodním rejstříku, má právo v případě, kdy bylo dotčeno na svých právech neoprávněným užíváním jeho obchodního jména, domáhat se u příslušného soudu, aby se neoprávněný uživatel zdržel užívání takového obchodního jména, odstranil závadný stav a poskytl mu přiměřené zadostiučinění, a to i finanční. Pokud by neoprávněným užíváním obchodního jména vznikla škoda, lze se domáhat i její náhrady.

1.3.14. Léčitelé v porodnictví

V současné iracionální línii se vzhledem k senzacechtivosti dává namnoze velký prostor alternativním postupům, někde nazývaným léčitelství.

V našem zákonodárství tyto činnosti nejsou přímo upraveny, ale ani zakázány, i když řada propagovaných metod je v rozporu se zákonem o péči o zdraví lidu a s oficiálními postoji Lékařské komory, která by měla být garantem profesionality. Nejzávažnější je skuteč-

nost, že rady v rámci alternativní medicíny udílejí osoby s titulem Dr., aniž je vyznačeno, zda jsou to právníci, filozofové, přírodovědci, a tak jejich soudy jsou brány jako »doktorské – lékařské«, ale často rady udílejí i osoby bez jakéhokoli vzdělání. Hromadné sdělovací prostředky v tomto smyslu nemají právní odpovědnost za zdraví populace, svobodně publikují nejen názory vlastní, ale cizích přizvaných osob, jsou však přitom povinny dodávat nezkrácené a neredukované informace o jménech účastných osob nikoli s titulem Dr., který se užívá jako zkratkový ve vnitřním styku. Proto by měl být oficiálně používán titul v plném znění, který je součástí jména.

Lékařská věda má pro léčbu téhož onemocnění nepochybně řadu alternativních postupů, které mohou akcentovat různé stránky sledovaného procesu. Naproti tomu řada postupů alternativní medicíny je založena na tom, že vědomě nerespektují fyzikální a chemické zákonitosti. Lékaři, kteří si počínají racionálně, jsou pak obviňováni z nedostatku svobodomyšlnosti a společenské tolerance, protože odmítají rovnoprávnost takových postupů. Nelékaři působící v alternativní medicíně, na rozdíl od lékařů, mají jen obecnou zákonnou odpovědnost za škodu způsobenou na zdraví, např. odkladem racionální lékařské péče. Jen výjimečně jsou trestně stíháni, neboť jejich »pacienti« z obavy nebo studu zatajují, že se jimi nechali léčit.

Mezi léčiteli je snaha distancovat se od zcela zdiskreditovaných a imputovat společnosti názor, že je třeba diferencovat mezi skutečnými a falešnými léčiteli. Osvědčení serióznosti si vydávají sami mezi sebou. Při posuzování serióznosti léčitelů vypracovávají kritéria účinnosti jejich zásahů zcela nekompetentní, v lékařství polovzdělaní diletanti. V takovém případě se odívají objektivností, ke které mají asi stejnou kvalifikaci, jakou by měli pro posuzování atomového reaktoru.

Uvedené iniciativy lze kvalifikovat jako šíření zkreslených či nepravdivých informací, které mohou znamenat i veřejné ohrožení (např. propagace samoléčení dětí, porody se svépomocí, varování

před očkováním). Zatím však z uvedených skutečností nebyly vyvozeny žádné právní důsledky.

Řada lékařů odmítá o alternativní medicíně diskutovat, jelikož je to pod jejich vědeckou úrovní. Pokud se lékař setká s léčitelkou činností, která zneužívá lidskou hloupost a nevzdělanost a objektivně pacienta poškodila, je jeho profesionální povinností veřejnost vhodným způsobem, nejlépe prostřednictvím Lékařské komory, varovat.

Alternativní medicína tvoří nesourodou skupinu. Lékař, který by použil některou ze jmenovaných metod a nastala by škoda na zdraví ponejvíce prodlením, nemohl by čekat, že při forenzním projednávání by byla znalcem jako racionální uznána homeopatie, clustrová medicína, iridologie, geopatogenní zóny, parapsychologie a psychotronika. U akupunktury, léčby magnetismem, fytotherapie nutno v konkrétních případech doložit oprávněnost užití těchto metod, stejně jako každé jiné. Užívání šarlatánských metod je v rozporu s lékařskou etikou a postupy lege artis.

Do rozporů s pacientem se může dostat lékař postupující přísně postupem lege artis. Na kliniku se dostavuje pacientka z rájónu dobře pracující okresní nemocnice. Po dvouměsíční amenoreye nastalo silné krvácení. Její léčitel jí bez jakéhokoli vyšetřování sdělil, že těhotenství je zcela v pořádku a že má v sobě zdravá dvojčata. Nutno ocenit upřímnost tohoto diagnostika, takovou jistotu by si nedovolil žádný odborný lékař. Při ultrazvukové kontrole byla zjištěna rezidua, dvojčata nenalezena, akce srdeční nezjištěna. Toto sdělení vyvolalo u jmenované obrovský odpor, velké rozrušení a obvinění »tak, to jste mi je musili poškodit teď tím přístrojem«. Odchází navzdory radě lékaře, večer je přivezena s krvácením do okresní nemocnice, kde se ztotožnili s nálezem klinickým a provedli revizi. Pacientka pak vytrvale tvrdí, že léčitel se nemýlil, chybu hledá u lékařů, ale stížnost nepodala.

Nelze přehlédnout v návaznosti na alternativní medicínu některé postupy, které by bylo možné označit jako postupy non lege artis. Je mimo spor, že začne-li lékař užívat metod, které jsou v rozporu se stanoviskem Lékařské komory, České lékařské společnosti JEP nebo s metodickými návody Ministerstva zdravotnictví ČR, nesl v případě

vzniklého poškození zdraví plnou trestní odpovědnost. Občansko-právní odpovědnost za takový postup má však zdravotnické zařízení, i kdyby lékaři bylo plně prokázáno, že jeho postup byl excesem. Znalec povětšinou neuzná jako léčbu »předávání získané kosmické energie jinému subjektu«, ani neomluví časovou prodlevu, která vznikla v době, kdy odstraňoval patogenní zóny. V porodnictví se příliš neuplatňuje homeopatie, kdy by znalec těžko přistupoval na závěry, které jsou v rozporu s fyzikální chemií. Při poškození zdraví se nebere zřetel na dočasné vymizení potíží, ale na trvalou, ponejvíce organickou alteraci.

1.4. Přístupy k soudním jednáním

Na základě dlouholetých zkušeností bylo rozhodnuto jako součást této kapitoly načrtnout základní možné přístupy lékaře, zdravotnického pracovníka nebo i zdravotnického zařízení k soudním řízením. V současné době se zvyšují počty trestních vyšetřování lékařů i ostatních zdravotnických pracovníků, zvyšují se nejen počty uplatněných občanskoprávních odpovědností, ale zejména výše požadovaných finančních náhrad. Proto se zdá vypracování takových pravidel účelné. Nejedná se o návod, neboť každý případ je jiný, a bude na lékařích a ostatních zdravotnických pracovnících, aby si pro konkrétní případ vybrali to, co považují za potřebné.

1. Především je to pečlivá příprava na taková jednání, soustředění dostupné dokumentace, odborných podkladů a věcných, nikoli emocionálních argumentů.
2. Používat srozumitelné termíny při respektování rozlišnosti povahy biologických systémů, které jsou pootevřené, průtokové a dynamickoviskózní, vládne v nich pravděpodobnost, relativní předvídatelnost, nikoli však jistota. Konkrétní údaje, zejména číselné hodnoty, lze číst z poznámek.
3. V případě prokazovaného pochybení nelze akceptovat skutečnosti známé až později a předstírat, že byly tušeny, že byly brány

v úvahu ap. Tím se komplikuje potřebná obrana, neboť i tušená komplikace měla být ověřena.

4. Není vhodné zpochybňovat fakta, ale zpochybňovat lze domněnky, předpoklady ap.
5. Nenechat se vyprovokovat přednesenými argumenty k vlastní osobě, zejména těmi, které snižují odbornou kvalitu.
6. Zdržet se morálních soudů a hodnocení.
7. Základním problémem všech procesů je právní otázka příčinné souvislosti. Proto k ní předávat podklady, zejména ty, které prokazují, že příčinná souvislost byla přetržena.
8. Soudní procesy jsou vesměs znaleckými procesy. Proto je vhodné zaměřit pozornost na otázky, které znalci kladou, a na odborné závěry, nikoli na osobu znalce.

2. Speciální problematika

2.1. Období předcházející početí

Období prekoncepční je z hlediska porodnictví jako medicínského oboru velmi významné, neboť v této době se vytvářejí předpoklady pro úspěšné záměrné otěhotnění a bezproblémový porod. Na prekoncepčním ovlivnění se zakládá např. péče o ženy s habituálním potrácením. Odpovědnost, především společenskou, za výběr vhodného partnera mají v tomto období konkrétní muž a žena.

V uvedeném vztahu právě z hlediska budoucích těhotenství má řada právních předpisů zvláštní ustanovení, která upravují společenské vztahy při výchově mladé generace, při ochraně zdraví ženy, sexuální výchově a plánovaném rodičovství.

Obecně lze konstatovat, že období, které předchází otěhotnění, je podstatně delší než vlastní těhotenství a porod. Měla by v něm být respektována společenská odpovědnost nutná při lidské reprodukci, a to v konkrétní formě, kdy jsou významné i stanovené právní povinnosti, zejména při výchově mladých lidí. Vlastní medicína by se pak měla podílet na výchovné činnosti a těžiště svých aktivit zaměřit na preventivní činnosti.

2.2. Výchova mladé generace

Stav organismu na počátku těhotenství závisí na předchozím ontogenetickém vývoji, kdy se uplatňuje především celková i lokální

trofika, stav kardiovaskulárního systému, rezistence proti infekci, stav nervového systému a psychický stav, trénovanost, vzdělání, životní, zvláště hygienické pracovní podmínky.

Znamená to, že na tomto poli se podílí sice celé týmy zdravotnických pracovníků, ale těžiště je ve výživě, v rozvoji tělovýchovy a rozvoji osobnosti ve školské soustavě.

Uvedené zásady je třeba propagovat, ale i kontrolovat jejich realizaci.

Výrazným předělem při výchově mladé generace je, když se z mladých lidí stávají snoubenci. Již v této době by se měli cíleně připravovat na své manželství a rodičovství. K tomu by mělo sloužit i poznání vzájemného zdravotního stavu. Tak by mělo být naplňováno ustanovení § 2 zákona o rodině č. 94/1963 Sb., ve znění vyplývajícím z pozdějších předpisů, zejména z poslední novelizace provedené zákonem č. 91/1998 Sb.

Zde je stanoveno, že:

»Občané, kteří chtějí spolu uzavřít manželství (dále jen »snoubenci«), mají předem poznat navzájem své charakterové vlastnosti a svůj zdravotní stav, aby mohli založit manželství, které splní svůj účel.«

Uvedené, jistě důvodné doporučení, nemá však sankci a jeho dodržování je formální. Navíc obecné zdravotní důvody, které z hlediska porodnictví vylučují otěhotnění, nejsou samy o sobě důvodem rozvodu manželství, ale mohou být důvodem, aby od manželství bylo před jeho založením upuštěno.

Zdánlivou výjimku tvoří případy osob stížených duševní poruchou, ovšem jen takovou, která má za následek omezení způsobilosti k právním úkonům. U takových osob však soud může povolit uzavření manželství, shledá-li jejich zdravotní stav slučitelný s účelem manželství. V případě, že manželství uzavře osoba stížená duševní poruchou bez povolení soudu, může být k návrhu kteréhokoli z manželů soudem prohlášeno za neplatné. Rozdíl mezi neplatným a rozvedeným manželstvím spočívá v tom, že manželství prohlášené za neplatné se považuje za neuzavřené, a tedy z doby jeho trvání nevznikají právní vztahy. U rozvedeného manželství tyto právní vztahy

existují a práva a povinnosti z nich vzniklé jsou právně relevantní. Soudy k nim musí přihlížet. Ani v tomto případě však soud nemůže jednat z vlastního popudu, ale jen na návrh jednoho z manželů.

Protože nejsou zákonem o péči o zdraví lidu výslovně uloženy povinné zdravotní prohlídky nastávajících manželů, proto ani občané, ani zdravotnická zařízení nenesou odpovědnost za to, že snoubenci je nevyhledali a prohlídkám se nepodrobili. Provádění takových prohlídek a vyšetření je jistě společensky odůvodněno, ale jejich realizace je zcela dobrovolnou záležitostí snoubenců. Proto uvedené výkony nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění a snoubenci si je hradí sami.

Pokud by se nastávající manželé rozhodli podrobit prohlídce z hlediska možnosti počít dítě, navštívili příslušného lékaře a požádali o zjištění svého zdravotního stavu, měla by se tato prohlídka zaměřit na celkový zdravotní stav partnerů, na případnou genetickou rodinnou zátěž, na choroby interní, vyšetření BWR, HIV, u muže na spermogram. U ženy, která dosud nebyla těhotná, nelze prohlídkou pozitivně zaručit, že otěhotní a porodí, se lze vyjádřit ve smyslu, že gynekologické vyšetření neukazuje žádnou závažnou závadu (vrozená vada, nádor, zánět, těžká porucha trofiky genitálu), která by ke sterilitě vedla. V takovém případě vědomé zatajení závažné choroby nebo genetického zatížení ze strany jednoho z partnerů by mohlo při pozdějším odhalení být důvodem rozvodu, neboť by manželství neplnilo zřejmě svůj základní účel, kterým je založení rodiny a řádná výchova dětí. Na žádost může lékař vystavit ženě i certifikát o panenství, což je běžné v zemích s muslimskými obyčejí.

Z uvedených důvodů pro provádění takových prohlídek lze využít ustanovení o obecné povinnosti zdravotnických pracovníků provádět i zdravotní výchovu. Zdravotní výchova, orientovaná nikoli na konkrétní osoby, ale na určité skupiny obyvatel nebo obyvatelstva jako celku, podle § 13 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v platném znění, kterou provádějí nejen zdravotničtí pracovníci, ale i zdravotnická zařízení, je prováděna v těsném sepětí s ostatní výchovnou činností.

2.3. Ochrana zdraví žen

Ochrana zdraví žen je zakotvena především v Listině základních práv a svobod vydané jako ústavní zákon pod č. 2/1993 Sb., a podle výslovného znění Ústavy ČR je součástí ústavních předpisů. Práva a povinnosti zde stanovené mají hodnotu základních práv a povinností stanovených Ústavou ČR. V čl. 3 se především zaručuje plnění základních práv a svobod bez rozdílu pohlaví.

Konkrétněji je základní právo na zvýšenou ochranu zdraví žen při práci zakotveno v čl. 29 citované Listiny, kde je výslovně stanoveno, že »ženy mají právo na zvláštní pracovní podmínky«. Podrobnosti stanoví především zákoník práce (zákon č. 65/1965 Sb., v platném znění) v § 149 a násl. V těchto ustanoveních je uloženo zaměstnavatelům zřizovat, udržovat a zlepšovat hygienická zařízení (§ 149 z.p.) a jsou zde konkrétně uvedeny práce výslovně zakázané ženám (práce pod zemí při těžbě nerostů nebo při ražení tunelů a štol – viz ust. § 150 odst. 1 z.p.) nebo zakázané obecně (fyzicky nepřiměřené nebo škodící jejich organismu), a to včetně těch, které ohrožují jejich mateřské poslání (viz § 150 odst. 2 z.p.).

Ministerstvo zdravotnictví stanovilo vyhláškou práce, které jsou ženám zakázány.

V současné době je to vyhláška č. 261/1997 Sb., ve znění vyplývajícím z vyhlášky č. 155/1998 Sb.

V ní je všem ženám zakázáno vykonávat zejména:

a) práce

1. *s převažující dynamickou složkou svalové práce, při níž je celosměrný energetický výdej větší než 5,4 MJ netto (pracovní energetický výdej snížený o podíl bazálního metabolismu);*
2. *při přepravě břemen pomocí jednoduchých bezmotorových prostředků, při níž musí být vynaložena při rozjezdu tažná síla větší než 90 N nebo tlačná síla větší než 130 N a při pojezdu tažná síla větší než 90 N a tlačná síla větší než 130 N;*
3. *spojené se zvedáním a přenášením břemen, při nichž jsou uvedeny ukazatele stanovené v příloze č. 1 a průměrný celosmě-*

nový minutový energetický výdej překračuje 9,4 kJ/min. Při zvedání osob jsou přípustné hodnoty pro manipulaci s břemeny dodrženy, jestliže při zvedání osob nad 40 kg hmotnosti tuto činnost vykonávají alespoň dvě osoby za použití technických prostředků, např. podložek s rukojetí;

b) práce spojené s expozicí vibrací, při nichž

1. může dojít k překročení nejvyšších přípustných hodnot stanovených vyhl. Ministerstva zdravotnictví č. 13/1977 Sb., pro celkové vertikální vibrace o frekvencích 4 až 8 Hz nebo celkové horizontální vibrace o frekvencích 1 až 2 Hz;

2. dochází k expozici vibrací přenášených na ruce, které jsou současně spojeny se zvýšenou zátěží horních končetin;

c) práce na pracovištích, na nichž je tlak vzduchu vyšší než okolní atmosférický tlak o více než 20 kPa;

d) práce vyžadující používání izolačních dýchacích přístrojů;

e) práce v prostředí, v němž je koncentrace kyslíku v ovzduší nižší než 20 objemových jednotek;

f) práce v zemědělství spojené se zacházením se zvířaty, při nichž je zvýšené nebezpečí úrazu.

Nedodržování uvedených povinností, pokud povede k poškození zdraví ženy, kam se řadí i snížení předpokladů pro otěhotnění, může pro organizace nebo soukromé podnikatele znamenat vyvození občanskoprávní odpovědnosti a úhradu vzniklé škody. Případ takového postupu je dnes spíše teoretickou možností než reálnou skutečností.

Uvnitř organizace postup vedoucího pracovníka, který by způsobil porušení uvedených zákonných povinností, může být důvodem pro vyvození odpovědnosti podle zákoníku práce spočívající např. ve snížení osobního ohodnocení, příplatku za vedení, nebo může být důvodem pro odvolání z funkce či rozvázání pracovního poměru. Realita je taková, že sankce vyvozovány nejsou.

Zjišťování, zda se uvedené právní povinnosti v pracovním procesu plní, je jednou z činností orgánů hygienické služby. Ty při zjištění nedostatků mohou proti organizaci vyvodit postih podle zákona č. 37/1967 Sb., o pokutách za porušování právních předpisů o vy-

tváření a ochraně zdravých životních podmínek. Sankci lze uložit i za přešupek u konkrétní odpovědné osoby podle § 29 odst. 1 písm. e) zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, ve znění vyplývajícím z pozdějších předpisů, uložit blokovou pokutu nebo v závažném případě předat věc k postihu okresnímu (obvodnímu, městskému) úřadu k vyvození sankce.

2.4. Sexuální výchova

Zařazení sexuální výchovy do učebních osnov, v současné době především v rámci výuky přírodopisu, vzbudilo zpočátku značný odpor některých církevních činitelů a některých rodičů.

Z hlediska právních vztahů je proto nutné dodat, že provádění sexuální výchovy na školách je v souladu s osnovami a je pro školy závazné. Např. Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR vydané a závazné osnovy pro čtyřletá gymnázia ukládají provádět sexuální výchovu v rámci výuky přírodopisu. Přitom by se vyučující měli zaměřit na sexuální chování a zdraví, etickou stránku sexuality, vliv postojů, sexuality a sdělovacích prostředků, přenos infekce HIV/AIDS.

Pokud by vedení školy provádění takové výchovy negovalo, lze to pokládat za porušení zákona a z toho vyvodit v rámci resortu školství veškeré pracovníprávní a správní důsledky.

2.5. Plánované rodičovství

Cílem plánovaného rodičovství je přivádět na svět potomstvo za optimálních podmínek zdravotně-ekonomických, což má vést celospolečensky k žádoucí reprodukci populace, především zabránit živelnému vzniku těhotenství nežádoucích, nechtěných. Uvedené aktivity by měly vyústit ještě před manželstvím k uvážlivé volbě

spolehlivého sexuálního partnera bez promiskuity, k tzv. bezpečnému pohlavnímu styku, který by vyloučil pohlavně přenosná onemocnění včetně AIDS, ale i nežádoucí otěhotnění. V manželství pak vede k odpovědnému rozhodnutí, kdy by mělo dojít k početí dítěte. Přitom nelze přehlédnout, že při realizaci plánovaného početí mají i značnou úlohu přístupy ovlivněné rozdílnými názory, životními postoji a hodnotovým žebříčkem obou snoubenců.

Na takovéto společensky významné činnosti by se měly podílet nejen sdělovací prostředky, škola, rodina, ale i příslušné zdravotnické orgány.

Orgány státní správy by se neměly spokojit jen registrováním výsledků současné nepříznivé populační situace, ale měly by na základě zjištěných příčin připravovat návrhy reálných propopulačních opatření. Zatímní návrhy se smiřují se zjištěným stavem a vyvozují z něj pouze redukci porodnických lůžek, která jsou nevyužita.

Je nezbytné zdůraznit pozitivní kroky, zejména eliminující spotřební přístupy k budoucímu rodičovství. Vzorů pro řešení tohoto závažného celospolečenského problému je v Evropě, např. ve Francii, Skandinávii, dostatek. V žádném případě však nelze hledat řešení jen v omezujících opatřeních, např. ve zpřísnění podmínek pro umělá přerušování těhotenství, neboť zásadní problém v této oblasti je v tom, aby nechtěné těhotenství bylo vyloučeno a odpovědné těhotenství bylo záměrně započato.

Výsledky plánovaného rodičovství při růstu populace jsou v zájmu národa. Proto je na všech orgánech, aby se na uvedené činnosti podílely přesto, že konkrétní povinnosti na tomto úseku nejsou stanoveny. Neměly by být podceňovány negativní dopady, které se již do konkrétních právních úprav promítají (od umělých přerušování těhotenství až po vraždy novorozenců matkami).

Základní právní povinnosti v přístupech k plánovanému rodičovství vyplývají z čl. 24 odst. 2 písm. f) Úmluvy o právech dítěte, ke které Česká republika přistoupila. Tato Úmluva je publikována pod č. 104/1991 Sb. V citovaném článku stanoví:

»Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, sledují plné uskutečňování práv dítěte a zejména činí opatření:...

f) *k rozvoji osvěty a služeb v oblasti preventivní zdravotní péče, poradenské služby pro rodiče a výchovy k plánovanému rodičovství.*«

V daném případě se jedná o povinnost nesankcionovanou, tedy o odpovědnost společenskou, což je popsáno v kap. 1.2.2. Uvedenému závazku odpovídá ustanovení § 2 zákona č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství. Toto ustanovení zní:

»Nežádoucímú těhotenství se předchází především výchovou k plánovanému a odpovědnému rodičovství v rodině, ve škole a zdravotnických zařízeních, výchovným působením v oblasti sociální, kulturní a využíváním prostředků k zabránění těhotenství.«

V této souvislosti nutno dodat, že nejmenší a nejméně poznané jsou aktivity rodin budoucích manželů v oblasti výchovy k odpovědnému rodičovství.

Existují však i mladiství nebo jednotlivci, kteří vzhledem k odlišným schopnostem nejsou způsobilí vykonávat právně závazné úkony. K nim jsou z hlediska zdravotní péče přiřazeny i osoby, které pro svůj zdravotní stav (psychické poruchy) samy o sobě nespolupracují či spolupracují jen s obtížemi, nebo se aktivně brání poskytování zdravotní péče. Konečně jsou to i osoby mentálně postižené, které mají omezenou způsobilost k právním úkonům. U všech takových osob je doporučen zvláštní postup, zejména tehdy, kdyby plánovaly těhotenství.

V takovém případě doporučí ošetřující lékař, který je u uvedených osob o záměru otěhotnět informován, konzultaci genetika a psychologa ještě před otěhotněním. Stanoví se plán další péče a posoudí se možnosti výchovy dítěte. Metodickým návodem č. 4/1994 Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR jsou stanoveny náležitosti genetického vyšetření v pozdějším těhotenství.

Společenskou odpovědnost při plánovaném rodičovství mají především snoubenci nebo manželé a v mnoha případech i jejich rodiče. Rovněž společenskou odpovědnost má stát a konkrétní orgány státní moci a správy, pokud nevytvářejí podmínky pro realizaci plánovaného rodičovství. Až jako poslední mají etickou odpovědnost lékaři, kteří by v rámci výchovného působení podcenili tuto oblast.

Pokud by však lékař nerespektoval citovanou směrnici u duševně nemocných osob, mohl by být postižen za porušení pracovněprávních povinností.

2.6. Antikoncepce

Do období před oplodněním spadají postupy, které mají zabraňovat nechtěnému početí. Proto navazují na aktivity při plánovaném rodičovství. Vzhledem k citlivosti a právní složitosti je zabraňování početí věnována samostatná kapitola. V současnosti je naše populace v mnoha směrech dobře informována o ochranných prostředcích antikoncepce mužské i ženské, je i dostatek preparátů, takže otěhotnění se tak stává svobodným rozhodnutím partnerů. Tyto prostředky jsou převážně ordinovány ve zdravotnických zařízeních, v ordinacích ženských lékařů. V této souvislosti nutno poukázat na dva druhy možných vzniků škod. Především jsou to případy, kdy ordinovaný prostředek, který by měl zabránit otěhotnění, selže a žena otěhotní. V takovém případě je někdy zvažováno, zda vzniklou škodu lze materiálně vyjádřit a kdo za ni odpovídá.

V zásadě se takové případy opět dělí na dvě skupiny. Prvou tvoří selhání prostředku zabraňujícího početí, který nebyl ordinován lékařem. V takovém případě pokusy o uplatnění náhrady škody, v zahraničí např. proti výrobcům kondomů, nevedly k přiznání náhrady škody. Stejná situace je u případů různých antikoncepčních prostředků, antikoncepčních krémů, pesarů, kdy použití závisí na manipulaci.

Druhou skupinu tvoří selhání antikoncepčního prostředku, který byl ordinován lékařem ve zdravotnickém zařízení. Zde by přicházela v úvahu občanskoprávní odpovědnost, kde škoda podle současné zahraniční soudní praxe spočívá v úhradě vícenákladů spojených s péčí o dítě, někdy se rovnající výši alimentů. Zatím však v České republice takový spor, ačkoli byl ve více případech ohlášen, nevedl podle poznatků autorů k vynesení rozsudku, který by stanovil odpovědnost zdravotnického zařízení. U každého antikoncepčního pro-

středku, ať jde o antikoncepční tablety nejrůznější generace nebo nitroděložní tělíska, je přímo výrobcem uvedena možnost selhání, která je v procentech velmi nízká, ale může přesto nastat. Dalším druhem možných škod jsou doprovodné nežádoucí vedlejší komplikace, jako nepravidelnosti menstruačního krvácení, poruchy hematologické, dermatologické, gastroenterologické, výkyvy váhové, změny psychické, po ukončení antikoncepce poruchy endokrinní. Žena má být srozuměna s riziky podle dokumentace výrobce prostředku a do její zdravotnické dokumentace má být zapsáno, že byla poučena, jakým způsobem se má při možných komplikacích chovat.

Odlišné právní postupy mohou být u uplatněných občanskoprávních náhrad škod v případech, kdy by ordinovaný antikoncepční prostředek způsobil poškození zdraví. Pochopitelně lékař předepíše jen prostředky, které jsou v našem státu registrované, a přesto se zdravotnické zařízení nemůže odpovědnosti vyhnout. Nepřebírá žádnou odpovědnost za antikoncepční prostředky přivezené z jiných států, pokud je nenaordinoval nebo nezavedl.

Sedmadvacetiletá žena, před používáním antikoncepčního přípravku zdravá, po čtyřletém užívání Antigestu údajně onemocněla rakovinou. Po konzultaci s příbuzným lékařem podala na zdravotnické zařízení, které jí Antigest naordinovalo, žalobu o náhradu 750 000 Kč. Protože podle odborného zjištění mezi onemocněním a tehdy užívaným preparátem Antigest byla s největší pravděpodobností příčinná souvislost, bylo zdravotnické zařízení, naštěstí pojištěné, uznáno odpovědným za škodu, soudem však výrazně sniženu.

Riziko nežádoucího otěhotnění existuje i u nitroděložních tělísek. Odpovědnost však roste v souvislosti s nitroděložní manipulací. Tělískem může být zanesena do dutiny děložní infekce, která se může rozšířit na přívěsky, způsobit zánět a event. sterilitu. Zavádění se musí provádět v terénu, který není mikrobiologicky suspektní, za sterilních kautel a dalších opatření. Zavádění tělíska po císařském řezu může vést k proděravění dělohy. Na tyto komplikace je třeba pacientku upozornit. Je na ní, zda míru pravděpodobné komplikace podstoupí či od takového způsobu ustoupí. Je vhodné, aby si lékař nechal v těchto případech podepsat revers, podobně jako před jinými menšími operačními výkony.

Další riziko u nitroděložních tělísek vzniká zejména po mnohaletém používání při jejich vyjímání. Vzhledem k tomu, že byly popsány i smrtelné případy sepsí, je vhodná hospitalizace, mikrobiologické vyšetření před výkonem, provedení výkonu v antibiotické cloně a zajištění pacientky širokospektrými antibiotiky v dalším průběhu. Jen takový postup při případné komplikaci bude hodnocen jako *lege artis*. V takových případech zatím zcela důvodně nedošlo v České republice k vyvození žádné právní odpovědnosti. Pokud by však škoda byla v příčinné souvislosti s manipulací s tělískem ve zdravotnickém zařízení, tedy s věcí užitou ve zdravotní péči, neslo by zdravotnické zařízení objektivní a nevyvratitelnou občanskoprávní odpovědnost.

Při používání antikoncepce je doporučen zvláštní přístup u mentálně postižených žen. Součástí komplexní péče o takové ženy je poučení rodičů či zákonných zástupců o možnosti antikoncepce a o možných následcích případného těhotenství. Je umožněno, aby za ženu zbavenou způsobilosti k právním úkonům nebo za ženu, jejíž způsobilost k právním úkonům byla omezena tak, že není schopna posoudit vhodnost antikoncepce, dal souhlas její zákonný zástupce, který je poučen i o možných komplikacích shora popsaných.

2.7. Sterilizace

Za sterilizaci u ženy se považuje chirurgický výkon, který zabraňuje těhotenství, aniž jsou odstraněny vaječníky. Základním právním předpisem je ustanovení § 27 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Toto ustanovení zní:

»Sterilizace se smí provést jen se souhlasem nebo na vlastní žádost osoby, u níž má být sterilizace provedena, a to za podmínek stanovených Ministerstvem zdravotnictví.«

Podmínky provedení sterilizace jsou uvedeny ve směrnici Ministerstva zdravotnictví ČR ze dne 17. prosince 1971. V ní je zejména stanoveno, za jakých podmínek může být sterilizace provedena na

pohlavních orgánech muže nebo ženy, a kdy nesmí být provedena (jsou uvedeny základní zdravotní kontraindikace). Rozhodnutí je svěřeno odborné komisi lékařů. Zdravotnickému zařízení je stanovena povinnost před vydáním rozhodnutí o sterilizaci ženu prohlédnout příslušnými odbornými lékaři a je určeno, kdy mají takové prohlídky proběhnout. Je stanoven i postup jednání odborné lékařské komise.

Z uvedeného ustanovení vyplývá, že vedle žádosti, pro kterou nejsou předepsány žádné náležitosti, takový výkon lze provést jen se souhlasem ženy, u které má být sterilizace provedena. Z ustanovení o přípustnosti sterilizace vyplývá, že žádost by měla obsahovat určení, z jakého důvodu má být provedena. Souhlas by se měl opírat o konkrétní medicínský důvod, pro který je sterilizace doporučena. Není vyloučeno, aby žádost a zejména souhlas byly učiněny jak písemně, tak i ústně. V takovém případě je vhodné, aby žádost či souhlas byly předneseny před svědkem, např. dalším lékařem či zdravotní sestrou. V každém případě je nezbytné takový úkon a jeho zdůvodnění zaznamenat do chorobopisu.

Citovaná směrnice stanoví, že důvodem sterilizace mohou být medicínské důvody, ať pro onemocnění pohlavních orgánů, nebo pokud otěhotnění by mohlo ohrozit zdraví ženy. V praxi jsou realizovány sterilizace zejména u žen jen proto, aby se tak bránily otěhotnění. V takových případech jde sice o nedodržení citované směrnice, ale podle názoru autorů se o přímé porušení zákona nejedná. Přesto lze doporučit postup podle ustanovení 27 c) zákona o péči o zdraví lidu, a vyžádat si ke sterilizaci předchozí písemný souhlas.

V požadavcích, které klade současná medicína na sterilizaci, se zdůrazňuje bezpečnost metod z hlediska zdravotního dopadu na ženu, účinnost zabránění těhotenství, reversibilita, tj. možnost provedenou tubární sterilizaci zrušit, a dostupnost. Provádějící lékař je povinen upozornit pacientku na všechna rizika samotného výkonu (dnes převážně laparoskopického) a na rizika, která mohou nastat v případě, že se sterilizace neprovede.

V praxi se vyskytují případy, kdy rozhodnutí o sterilizaci se stane aktuální v souvislosti s jiným, zejména operačním výkonem. Prak-

ticky se s takovou situací setkává porodník nejčastěji po opakovaném císařském řezu. Podle zkušeností lze provést ženě tři císařské řezy. Pochopitelně v místech řezu na děloze vzniká méněcenná jizevnatá tkáň, která je v těhotenství napínána rostoucím plodovým vejcem, takže může vzniknout trhlina – ruptura. Většina ruptur dělohy v současnosti má právě tuto příčinu. Nejčastěji je výkon – opakovaná sekce – naplánován již předem. Provedou se veškerá vyšetření zajišťující ženě bezpečnost, ale zapomene se na projednání v komisi a na písemný souhlas pacientky. V tomto případě, pokud by uvedená možnost byla předvídatelná, lze doporučit vyžádat si předchozí souhlas ještě před zahájením výkonu, přičemž není vyloučeno, aby souhlas byl dán podmíněně, např. pokud to bude z medicínského hlediska nezbytné.

Došlo-li by k rozhodnutí o nutnosti akutní sterilizace v průběhu operačního výkonu a nebylo by možno např. bez přerušení narkózy dosáhnout souhlasu, lze sterilizaci podle názoru autorů publikace provést bez souhlasu a takový souhlas opatřit dodatečně. Dodatečný souhlas by pak zbavoval právní odpovědnosti příslušné lékaře. V případě, kdy by se nepodařilo opatřit dodatečný souhlas, by pak nezbývalo než sterilizační výkon zrušit.

Pokud provede lékař sterilizaci z důvodů pozdějšího ohrožení života a žena nesouhlasí, nelze se dovolávat ustanovení § 23 odst. 4 písm. c) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v platném znění. Nejsou totiž současně naplněny dvě základní podmínky, tj. že vzhledem ke zdravotnímu stavu ženy si nelze vyžádat její souhlas, a nejde ani o neodkladný výkon nutný k záchraně života nebo zdraví ženy. V uvedeném případě lze vzhledem ke stavu ženy, která nadto nemusí být ani nemocná, vyžádat si její souhlas a ani podmínka neodkladnosti není naplněna.

Jiná je situace, kdy žena sterilizaci odmítá a odmítá i antikoncepci. V takovém případě je nutné, aby podepsala revers, který je lékař nucen akceptovat. Při škodě na zdraví nemůže potom dojít ani k trestnímu stíhání a ani zdravotnické zařízení by nemohlo být odsouzeno k náhradě škody. V tomto a podobných případech se postup v souladu s právními předpisy dostává do rozporu s etikou lé-

kařského povolání, neboť důsledkem takového přístupu bude zřejmě závažné poškození zdraví, ne-li smrt ženy.

Pokud by lékař chtěl prosazovat etický přístup tím, že by oslabil obranyschopnost ženy, která se sterilizací nesouhlasí a pro budoucí záchranu jejího života nebo zdraví by sterilizaci provedl, podle názoru autorů publikace by mohl být stíhán pro podezření ze spáchání trestného činu. Pokud by výsledek byl dodatečně akceptován a k žádné jiné škodě by nedošlo, trestní stíhání by nemuselo být ani zahájeno pro malou společenskou nebezpečnost. Přesto je riziko veliké a spoléhat právě na malou míru společenské nebezpečnosti nelze. Občanskoprávní odpovědnost by pak byla zcela jednoznačná a zřejmě i nevyvratitelná.

Vzhledem k tomu, že event. rozhodnutí o sterilizaci závisí i na počtu předchozích císařských řezů, měla by být vždy soustředěna zdravotnická dokumentace o předchozích porodech. V případě, že předchozí provedení císařského řezu je zřejmé, ale žena odmítne udat, kde byl proveden nebo kolikrát rodila císařským řezem, by toto odmítnutí mělo být nejen zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci, ale odmítnutí sdělení potřebných údajů by mělo být těhotnou ženou písemně potvrzeno.

V takovém případě je nutné, aby žádost o sterilizaci byla rovněž podána před výkonem písemně.

Náboženské přesvědčení lékaře může být důvodem pro odmítnutí provedení tohoto výkonu, ale je povinen o tom informovat pacientku předem, aby v případě závažných zdravotních indikací mohlo výkon provést jiné zdravotnické zařízení či jiný lékař. Pokud by neuskutečnil např. po třikrát provedeném císařském řezu sterilizaci, kterou si žena i přeje, bylo by to možno kvalifikovat jako neposkytnutí povinné léčby a péče s možností vyvození trestní, ale i nepochybně pracovněprávní odpovědnosti.

Někdy nastane v průběhu opakovaného císařského řezu větší poranění dělohy, při kterém se děloha sice zachová, ale další gravidita by ohrožovala život ženy. Podle názoru autorů z takových důvodů lze provést při císařském řezu sterilizaci odstranitelnou a vyžádat si souhlas ženy později.

Nelze opomenout paradoxní situace. Některé ženy se sterilizací nesouhlasí nebo ji směřují s kastrací, ale po vysvětlení s výkonem souhlasí. Vyskytují se však ženy psychopatické, s teomanii, s fundamentalistickými názory, které sterilizaci z jakýchkoli důvodů odmítají, i když do budoucna bude jejich život ohrožen. Zde se může dostat lékařská etika do rozporu s právy člověka rozhodovat o svém osudu svobodně. Zatímco u člověka, který by chtěl před očima lékaře poškodit vědomě své zdraví, event. spáchat sebevraždu, je lékař povinen tomu zabránit, zde takovou povinnost nemá. Podepsání reversu třeba před svědky – zdravotnickými pracovníky – má zastrašující účinek, ale z hlediska budoucího vývoje a lékařské etiky je to opatření nedostatečné. V případě komplikace, event. budoucí smrtelné příhody, může být lékař zpětně obviněn, že nevysvětlil vše dostatečně přesvědčivým způsobem, že osoba, které vysvětloval, byla v tísní, stresu a v takovém psychickém rozpoložení, které vylučovalo její racionální uvažování, navíc její vzdělání nedovolovalo její stav náležitě hodnotit. Proto v písemném reversu musí být výslovně uvedeno i nebezpečí smrti, a to nejlépe za přítomnosti příbuzného, pokud s tím dotyčná souhlasí. Tyto zoufalé případy jsou označovány v lékařském slangu jako marné »honění pacienta klackem od pitevny«.

V situacích pro pacientky zvláště nebezpečných by bylo možné užít i konzilia psychiatrického, aby se vyloučily třeba larvované suicidální tendence a snížení přičetnosti. V případě, že by nebyly poznány psychiatricky závažné alterace a mělo by to za následek zdravotní postižení, event. smrt, nese ošetřující lékař odpovědnost a případný revers by jej nechránil před právním postihem.

V případě, kdy je u císařského řezu operační vývoj takový, že pro okamžitou záchranu života matky je třeba odstranit celou dělohu, což samozřejmě ke sterilitě vede, podle § 23 odst. 4 písm. c) zákona o péči o zdraví lidu v platném znění, není žádný souhlas zapotřebí.

Byla-li by sterilizace provedena bez žádosti a žena by s ní poté nesouhlasila, může být jednání hodnoceno jako těžká újma na zdraví, a pokud by k takovému jednání došlo úmyslně, což je jen teoretická možnost, mohl by být lékař v uvedeném případě postižen pro trestný čin podle § 222 tr.z. – úmyslné způsobení těžké újmy. To by

mohlo nastat třeba při provedení sterilizace bez souhlasu po císařském řezu u ženy z rasistických pohnutek.

Pokud by se nedůvodné rozhodnutí o sterilizaci opíralo o nedostatečné podklady nebo pokud by např. při jiném, zejména operačním výkonu došlo k faktické, nikoli záměrně provedené sterilizaci, v takovém případě by mohlo dojít k postihu pro trestný čin způsobení těžké újmy z nedbalosti podle § 224 tr.z. Právně relevantní důkaz by v takovém případě byl však velmi obtížně proveditelný, vyžadoval by namnoze další operační výkon k provedení diagnózy. Vedení důkazu tímto způsobem by nebylo dostatečným důvodem, aby pacientka byla vystavena operačnímu riziku. Míra společenské závažnosti by se výrazně snižovala, pokud by došlo k neplodnosti z vitálních důvodů, nebo pro odvrácení vážného poškození zdraví.

Proti zdravotnickému zařízení, kde by k sterilizaci došlo bez žádosti nebo bez souhlasu, nebo pokud by při uvedeném výkonu bylo poškozeno zdraví, přicházela by v úvahu občanskoprávní odpovědnost s povinností uhradit požadovanou dnes již několikasettisícovou náhradu podle § 420 o.z. a zdravotnické zařízení by se z této odpovědnosti nemohlo vyvinit. Je zaznamenán případ, kdy je náhrada škody požadována za porušení ochrany osobnosti podle § 11 o.z.

V případě sterilizace mentálně postižené ženy je nutný k provedení takového výkonu souhlas jak mentálně postižené ženy, pokud je ho schopná, tak i jejích zákonných zástupců.

Sterilizace, která se provádí porušením vejcovodů, nemusí znamenat absolutní sterilitu. Některé operační postupy dovolují extraperitoneálním uzavřením fibrií později po nové operaci vejcovod znovu zprůchodnit. Rovněž obejití této překážky fertilizací in vitro může vést k obnovení plodnosti. To by mohlo ovlivnit posuzování výkonu, který by již nemohl být hodnocen jako trvalé poškození.

Mezi prostředky zabráňující otěhotnění patří kastrace – stereotaktická operace –, u žen je to trvalé odstranění vaječníků. Protože se jedná o závažný výkon, k jejímu provedení je podle § 27a zákona o péči o zdraví lidu, nezbytná žádost ženy. Proto pouhý její souhlas a zejména předpokládaný dodatečný souhlas není právně významný. Tato operace se z této indikace neprovádí.

3. Otěhotnění

3.1. Přirozené početí

Oplodnění – fertilizace – znamená splynutí dvou gamet, může se odehrát i in vitro. Početí znamená začátek těhotenství, zahníždění oplodněného plodového vejce do děložní sliznice, vytvoření heterotransplantátu, který se sám vyživuje a dále rozvíjí v prostředí mateřského organismu.

Otěhotnění může nastat v důsledku cíleného rozhodování obou partnerů, nebo jako nechtěný výsledek nechráněného pohlavního styku, a konečně v důsledku znásilnění. Pro dokreslení právního vztahu nelze při oplodnění přehlédnout, že k otěhotnění může dojít po dobrovolném pohlavním styku, i když žena si své oplodnění nepřála. Jasná trestní odpovědnost je u případů, kde soulož je vykonána násilím nebo pod pohrůžkou bezprostředního násilí, nebo s využitím stavu bezbrannosti ženy způsobené alkoholem nebo jinými prostředky (viz ust. § 241 tr.z.).

Složitější je otázka, zda lze právně postihnout jednání muže, který sice nedonutí násilím ženu k souloži, ale při souloži se zcela záměrně chová tak, aby žena otěhotněla, ačkoli si to žena nepřeje. Při odhlédnutí od důkazní složitosti a běžné obhajoby, že muž spoléhal na to, že žena užívá antikoncepční prostředky, trestní odpovědnost v tomto případě je zde více než problematická a podle některých názorů zcela vyloučena. Jiná je ovšem situace týkající se pozdějšího rozhodování o umělém přerušení těhotenství až po stanovení alimentačních povinností, kde již právní situace je zcela jasná. O interrupci v takovém případě svobodně rozhodne žena, a pokud se jí nepodrobí, čeká muže dlouhodobá alimentární povinnost.

Těhotenství nepředstavuje chorobu, je to biologický normální proces, který je dobře charakterizován v názvu »jiný stav«. Podle předtěhotenského stavu se organismus různým způsobem s těhotenstvím vyrovnává – mluví se o adaptaci. Přizpůsobení se týká především změn hmotnosti, zvětšování objemu břicha, změn hydrostatického tlaku, vyrovnávání těžiště, změn krevní distribuce, termoregulace, metabolismu, endokrinologických změn, pohyblivosti, strategie chování, psychiky a životních postojů. V důsledku těchto vnitřních změn se při těhotenství výrazně mění interakce těhotné s prostředím rodinným, pracovním, intimním. Tyto změny mohou u labilních žen ohrozit jejich zdravotní stav a vlastní těhotenství. V tom případě mluvíme o rizikovém těhotenství. Stav rizikové se mohou změnit v přímé ohrožení života a zdraví matky i plodu. Máme co dělat se systémem, který se dynamicky mění, což klade velké nároky i na odpovědné lékaře.

3.2. Poruchy plodnosti

3.2.1. Sterilita

Dosažení koncepce během jediného cyklu činí cca 20–25 %. O sterilitě lze hovořit tehdy, pokud nenastalo těhotenství při nechráněném styku po dva roky nechráněného intimního soužití. Sterilitou je postiženo cca 15 % dvojic, genetické příčiny mezi nimi hrají úlohu u cca 20 %, z toho mužský faktor činí 30 %, ve 20 % jsou postiženi oba partneři. Léčba při sterilitě je tedy otázkou manželského páru. V české nomenklatuře se odlišuje sterilita jako neschopnost koncipovat od infertility, kdy jde o neschopnost těhotenství donosit. V západní nomenklatuře a někdy i u nás se užívá termín infertilita i ve smyslu sterilita. Termín sterilita se někdy užívá pro jedince, subfertilita pro páry. Genetici mají další termín dysfertilita, do kterého zahrnují opakované samovolné potraty, primární a sekundární sterilitu, vrozené vady dítěte a mrtvorozenost. Při takové nejednotné terminologii

mohou vznikat omyly, a proto ve vzájemné komunikaci je lépe vyjadřovat fenomenologicky, o jakou poruchu se explicitně jedná. Vyšetření sterility je vždy zahajováno vyšetřením mužského faktoru – spermioqramu. Při zjištěných poruchách se přistupuje k dalším andrologickým vyšetřením. Je-li mužská složka v normě, zahajuje se vyšetření ženy. Příčiny ženské sterility: 33 % tubární faktor – neprůchodnost vejcovodů na podkladě vrozeném, při poruchách trofiky, zánětech, endometrióze, v 33 % poruchy ovulace, v 6 % poruchy endometria, zbytek je nejasného původu. Léčba sterility je u manželského páru podle stávajících předpisů bezplatná. Vzhledem k tomu, že zdravotnické právní předpisy stanoví jako součást zdravotní péče i léčbu neplodnosti manželů, na vyšetřovací a léčebné postupy se vztahují předpisy o poskytování léčebné péče a předpisy o úhradách. Soudobá medicína disponuje řadou řešení, která mají odraz v právních důsledcích takového konání. Léčba sterility jak u muže, tak u ženy má podle užitých metod i svá rizika, na která je třeba upozornit a pro potřebná vyšetření a pro takovou léčbu lze doporučit vyžádání písemného souhlasu.

3.2.2. Umělé oplodnění

Jednoduchou metodou řešení sterility je ve vhodných případech umělé oplodnění. Spočívá v tom, že semeno je vpraveno do pochvy, event. hrdla děložního, i do dutiny děložní se zavádějí spermie bez seminální tekutiny. Oplodnění nastává bez koitu. Tento medicínský postup je po desetiletí využíván ve veterinární medicíně a zootechnice a provádí se s dobrými výsledky i v humánní medicíně. Indikace pro užití této metody mohou být ze strany muže i ženy. Semeno může být získáno od zákonného partnera, kdy se metoda používá při některých poruchách u ženy a při menších poruchách funkčních i organických u muže.

3.2.3. Neplodnost muže

Pokud se muž na podkladě lékařského vyšetření dozvídá, že sterilita je způsobena z jeho strany, bývá to pro něj velkým psychickým

traumatem. Negativní závěry je proto třeba sdělovat jen tehdy, pokud jsou bezpečně jednoznačně podloženy. Pokud existuje třeba malá možnost oplodnění daným mužem, je zapotřebí na to vyšetřovaného, event. pár upozornit. Při nechráněném koitu by mohlo nastat i nežádoucí otěhotnění.

Občanský senát Okresního soudu v J. projednával žalobu muže, který žaloval náhradu vynaložených nákladů soudního řízení o popření svého otcovství. Řízení bylo zahájeno z jeho podnětu proto, že mu zdravotnické zařízení vydalo odborný posudek, vylučující jeho otcovství. V řízení nebyl úspěšný, neboť soudem ustanovený znalec závěr odborného posudku zpochybnil. K vyhlášení rozsudku v této věci nedošlo pro zpětvzetí žaloby proti zdravotnickému zařízení. Nebezpečí stanovení povinnosti takové úhrady zcela konkrétní škody, zejména v současné době, je zcela reálné.

3.2.4. Inseminatio ab alieno

Při neplodnosti manžela je zdánlivě nejjednodušší nalezení jiného partnera, což se prakticky děje; v řadě případů však vede k rozvodovým řízením. Jindy manželství trvá a plodný sexuální partner je utajován. Pokud žena o extramatrimoniálním početí lékaře informuje, je vázán lékařským tajemstvím i profesionalitou, aby ženu prozrazením třeba nechtěným nepoškodil. Při zjištěné sterilitě manžela by to však neměl v žádném případě být lékař nebo jiný zdravotnický pracovník, který by ženu k takovému jednání nabádal. Pro některé ženy je toto jednání po léta zdrojem neurotizace, výčitek, pocitů provinění. Při takovém způsobu otěhotnění, je-li odhalen, nemá takový »dárce« právní ochranu, stejně tak jako žena. V případě, kdy toto žena učiní bez souhlasu manžela a při event. rozvodu ve sporech o dítě sdělí, že dítě není manželovo, vznikne dosti složitá situace, která ve svých důsledcích může vést ke stavu právní nejistoty rodinného stavu dítěte. Přitom by alimentární povinnost hrozila muži, který ženu normálním způsobem oplodnil.

Je bezvýjimečně nepřipustné, aby se k takovému styku, byť i v rámci indikovaného umělého oplodnění, uchýlovali lékaři. Ne-

jde o případ teoretický nebo pomlouvačný, ale ve skutečnosti jak v Praze, tak i v Ústí nad Labem byly případy takového přístupu označené několika ženami šetřeny.

Přitom se nelze řídit tím, že pokud uplynula doba, do které muž mohl úspěšně popřít otcovství (do 6 měsíců ode dne, kdy se dozvěděl, že se jeho manželce narodilo dítě – § 57 zákona o rodině), nehrozí z takového případného sdělení žádné nebezpečí pro ženu a biologického otce.

Bezpečnější je způsob, kdy oplodnění od dárce probíhá uměle, anonymně, v lékařském prostředí, mluví se o insematio ab alieno. Pro tyto účely jsou zřizovány banky spermií, kde při dostatečném množství dárců lze při výběru přihlížet ke krevní skupině, tělesné výšce, hmotnosti, barvě vlasů a očí. Pro výběr podle krevní skupiny se používají tabulky vylučující nesoulad. Závažné medicínské problémy jsou spojené s pochopitelnými požadavky na kvalitu dárce, který by měl vykazovat znaky zdraví tělesného i psychického a kde by se neměly vyskytovat v anamnéze genetické poruchy. Přihlíží se k rase dárce podle přání partnerů. Vzhledem k současné praxi při získávání dárců nelze převzít odpovědnost za všechna teoreticky možná rizika a oba partneři by měli toto podepsat i v reversu. Byly stanoveny podmínky, aby se touto cestou nepřenášely sexuálně sdělné choroby. Pravidelně se vyšetřuje na hepatitidu, HIV, chlamydie. Sperma zůstává nepoužité, a teprve po půlroční kontrole, kdy je negativita potvrzena, je možné je bez nebezpečí aplikovat. Při přenosu infekce by zdravotnické zařízení odpovídalo občanskoprávně a při evidentním zanedbání povinností by konkrétní lékař mohl být postižen i trestně.

U možnosti oplodnění z mimomanželského styku, a to i v případě, kdyby byl proveden se souhlasem manžela, hrozí skutečnému otci řada rizik, a proto by k takovému způsobu »umělého oplodnění« neměli příslušní lékaři radit ani nepřímou.

Z právního hlediska je zajištěno, že manžel, který s umělým oplodněním své ženy vyslovil souhlas, nemá zákonnou možnost popřít své otcovství k takto narozenému dítěti.

To je zajištěno v § 58 odst. 2 zákona o rodině takto:

(2) Otcovství k dítěti narozenému v době mezi stoosmdesátým dnem a třístým dnem od umělého oplodnění vykonaného se souhlasem manžela matky nelze popřít. Otcovství však lze popřít, jestliže by se prokázalo, že matka dítěte otěhotněla jinak.

U manžela může vzniknout pochybnost a je na něm, aby pak své podezření prokázal a označil skutečného biologického otce. K tomu, aby nevznikly pochybnosti, zda dítě se narodilo z umělého oplodnění či jiným způsobem, je důležité pečlivé vedení zdravotnické dokumentace, zejména přesné uvedení dne či dnů umělého oplodnění a doklad o souhlasu otce s takovým způsobem oplodnění. Nedostaty, tj. nepřesné uvedení dne či dnů umělého oplodňování nebo chybějící souhlas manžela, umožňují průkaz, že žena otěhotněla při jiné příležitosti. Protože prokázání uvedených skutečností je na straně manžela, který popírá otcovství, uvedené nepřesnosti mu možnost prokázání umožňují. V praxi se však zatím takové případy vyskytují zcela mimořádně a není známo, že by se manželovi podařilo popřít otcovství vzniklé po umělém oplodnění.

Zařízení nevyhovuje žádosti ženy, aby poznala třeba nepřímo dárce semene. Utajování těchto skutečností je v zájmu všech účastných v tomto procesu i v zájmu dítěte. Systém může být narušen při odměňování dárců. Na jedné straně má být zajištěno, aby nebylo možné zjistit jméno dárce, a na druhé straně je zájem, aby byla účtelní doložitelnost odměn dárcům.

Umělé oplodnění mimo manželství není nyní žádnými zdravotnickými ani jinými právními předpisy připuštěno. Umělé oplodnění se u žen provádí na ženských odděleních NsP III. typu, výjimečně je může Ministerstvo zdravotnictví ČR povolit na ženských odděleních nemocnic II. typu. Pokud by byl výkon proveden lékařem s vědomím vedení zdravotnického zařízení a doložen ve zdravotnické dokumentaci na jiném místě, měl by sice výkon náležitosti, které by vylučovaly, aby ho manžel ženy popřel, ale takový postup by mohl vést k pochybnostem a nedoporučuje se. V budoucnu lze očekávat tlak, aby tuto činnost mohla provádět i soukromá zařízení. Pokud by provedl výkon někdo jiný než lékař, pak by takový postup nemohl mít označení jako zákonné umělé oplodnění, a proto by neměl ochranu

ustanovení § 58 odst. 2 zákona o rodině. K popření by mohlo dojít jak mužem, a to i v případě, kdy by k takovému postupu dal souhlas, tak i ženou. Přitom by alimentární povinnost hrozila skutečnému otci, pokud by bylo jeho jméno sděleno. V případě, že by takovýmto způsobem došlo k oplodnění ženy, jednalo by se o protiprávní činnost.

Může nastat situace, kdy po umělém početí se změní životní poměry ženy natolik, že dítě již nechce donosit. V uvedeném případě může ukončit své těhotenství jeho umělým přerušením. Teoreticky je sice možné podle současné úpravy na ženě vymáhat náklady za umělé oplodnění uhrazené zdravotní pojišťovnou či zdravotnickým zařízením, ale takový případ není znám a jeho výsledek by byl značně pochybný.

3.2.5. Umělé oplodnění cizinek

Pokud by k umělému oplodnění došlo mimo území České republiky a později se dítě narodilo na našem území, v takovém případě se na vlastní těhotenství a porod, včetně státní příslušnosti dítěte, vztahují české zákony. Značné právní riziko s sebou však nese provedení umělého oplodnění u cizinek. V takovém případě je nutné vyžádat prohlášení ženy, že umělé oplodnění je v její domovské zemi připuštěno a že tam platí stejné podmínky o vyloučení možnosti popření či určení otcovství. Kdyby takové prohlášení nepodala nebo kdyby bylo takové prohlášení nepravdivé, nesprávné nebo nepřesné, podle zahraničních právních úprav není vyloučeno stanovení alimentární povinnosti českému zdravotnickému zařízení. I když vynutitelnost takového rozhodnutí je problematická, je vhodné buď takové výkony cizinkám neprovádět, nebo, je-li na provedení zvláštní zájem, postup napřed konzultovat s Ministerstvem zdravotnictví.

Právní problematika IVF prováděné cizinkám je shodná jako u zmíněného umělého oplodnění s tím, že více než u ostatních metod umělého oplodnění je nutné z hlediska vyloučení právní odpovědnosti zdravotnického zařízení postupovat v souladu s mezinárodním právem. Zvláštní pozornost by měla být věnována zjištění

cizí právní normy, za jakých podmínek lze redukovat přebytečná embrya. V případě pochybností lze si vyžádat příslušná stanoviska Ministerstva zdravotnictví.

3.2.6. Fertilizace in vitro klasická

Fertilizace in vitro s přenosem embrya do dělohy (IVF-ET) patří mezi progresivní invazivní metody. Její účinnost odečítaná podle počtu ukončených těhotenství činí v dobrých ústavech kolem 20 %. Fertilizace in vitro se stala metodou už rutinní. Podle zpráv se takto narodilo již přes 300 000 dětí. Použitím metody IVF mohou nastat i komplikace. Je věcí rozhodnutí odpovědného lékaře – nespočívá v pouhém přání manželského páru. Před vlastním zahájením léčby neplodnosti ženy by se mělo z možného právního hlediska postiženě doložit, že ostatní léčebné metody méně invazivní selhaly. Pokud by neexistovala reálná naděje na úspěch IVF, nemělo by být vůbec k takové léčbě i přes naléhání ženy přistoupeno. V uvedeném případě se totiž nejedná o povinnost zdravotnického zařízení takovou léčbu zahájit, naopak léčba by byla primárně kontraindikována. Zařízení provádějící léčbu je z hlediska lege artis odpovědné, aby nebyla metoda užitá tam, kde je gravidita ze zdravotních důvodů kontraindikována: roztroušená skleróza, těžká onemocnění ledvin, jater, srdeční, závažný gibus ap. Jejich odpovědnost se netýká jen vymezeného úseku kolem otěhotnění, ale i průběhu gestace, porodu a dalších fází života.

Pokud by zdravotnické zařízení podlehlo tlaku ženy či manželského páru, vystavovalo by se při event. komplikacích nebezpečí, že léčení bude hodnoceno jako nepřiměřené zatížení s majetkovou újmou (nepřítomnost v práci, nemožnost podnikání) a případná občanskoprávní žaloba podaná u soudu by mohla být úspěšná.

V kompetenci odpovědného zdravotnického zařízení k tomu určeného je rozhodování, jaká metoda bude využita. U uvedeného postupu by měl být splněn nejen odborný, ale i právní předpoklad, totiž že tato metoda může být použita jen ve zdravotnických zařízeních, jejichž seznam pro rok 1997 a rok 1998 vydalo Ministerstvo

zdravotnictví ČR jako přílohu č. 2 k metodickému návodu č. 13/1997 publikovanému ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR, částka 10/1997. Jen tam uvedená pracoviště splňují personální (tj. gynekolog s II. atestací, embryolog a laborantka se zvláštními specializacemi a provedení určitého počtu cyklů IVF) a věcné a technické (vybavení určitými přístroji) předpoklady pro aplikace takové metody. Z uvedeného závěru vyplývá, že zdravotní pojišťovny by neměly uzavírat smlouvy o úhradě zdravotnických výkonů s těmi zařízeními, která uvedené podmínky nesplňují.

Provedení uvedených výkonů v jiných než ministerstvem schválených zdravotnických zařízeních však s sebou nese značná právní rizika, zejména pokud nedojde k předpokládanému otěhotnění, nebo pokud nastane poškození zdraví při aplikaci této metody, nebo pokud takový výkon obtíží ženu více, než se předpokládá. V těchto případech je dána objektivní právní odpovědnost takového zařízení za poškození zdraví při jedné z uvedených metod. Provedení umělého oplodnění v souvislosti s činností (IVF) mimo zdravotnické zařízení je z medicínského i právního hlediska vyloučeno.

Složitější případ by byl při možném neúspěchu léčby a komplikacích u žen, které si hradí náklady. V tomto případě by hrozilo, že zdravotnické zařízení by muselo nejen zaplacené úhrady vrátit, ale protože se jedná o výkon, kdy poškození zdraví bylo způsobeno okolnostmi, které mají původ v povaze přístrojů, mělo by povinnost uhradit další finanční náhradu, pokud by byla uplatněna.

Principem metody je odběr vajíčka nebo vajíček při ovulaci, jejich inkubace se spermii a po jejich oplodnění vkládání embryí do děložní dutiny. Realizace je podmíněna přesným dodržováním jednotlivých dílčích postupů. U ženy je žádoucí před výkonem dosáhnout nadprodukce oocytů hormonální stimulací. Postup se monitoruje sledováním hladin 17-beta-estradiolu, progesteronu a ultrazvukovou folikulometrií. Oocyty se odebírají v celkové anestézii folikulocentézou pod ultrazvukovou kontrolou. Očištěné zralé oocyty se inkubují v médiu. Přidáním spermatu nastává vlastní fertilizace. Embrya ve stadiu 4–8 blastomer se s médiem zavádějí katétreem do děložní dutiny. Nadbytečná embrya jsou zmrazována pro event. dal-

ší použití. Již za 10 dnů po embryotransferu lze zjistit vzestup hCG v séru. Za 6 týdnů lze počínající graviditu – klinické těhotenství – bezpečně potvrdit UZ průkazem zárodečného váčku se srdeční akcí.

Fertilizace in vitro bývá indikována jak při poruše ze strany žen – nejčastěji neprůchodnosti vejcovodů, tak ve speciálních modifikacích při poruše ze strany muže. Stimulace ovariální činnosti, která je běžně při léčbě ženské sterility užívána, může vést k tzv. hyperstimulačnímu syndromu, který je charakterizován zvětšením vaječníků, ascitem, hydrotoraxem, poruchami elektrolytové rovnováhy, nedostatečným krevním objemem, omezeným močením s možným ledvinným selháním i tromboembolickou nemocí. Na tuto komplikaci v rámci ostatních možných je nutné pár upozornit při podpisu souhlasu. V rámci postupu lege artis k včasnému poznání této poruchy je nezbytné monitorovat hladiny 17-beta-estradiolu, UZ monitorování zralých folikulů. Při informacích podávaných jednostranně, optimisticky, vzniká při možných, třeba vzácných komplikacích možnost stížnosti a uplatňování právní odpovědnosti, které zdravotnické zařízení nese.

3.2.7. Modifikace IVF

Při ženské sterilitě se při fertilizaci in vitro k oplodnění užívá spermií manžela. Při poruchách spermioqramu, zejména při jejich redukováném množství, se užívá ICSI (Intra Cytoplasmic Sperm Injection). Při metodě MESA (Microsurgical Epididymal Sperm Aspiration) se spermie získávají mikrochirurgickou aspirací z nadvarlete. Při TESA (Testicular Sperm Aspiration) se spermie aspirují přímo z varlete. Při TESE (Testicular Sperm Extraction) jsou z tkáně varlete získávány ojedinělé spermie extrakcí. Metoda je invazivní, je vyhrazena urologům, andrologům, může být doprovázena komplikacemi (krvácení, zánět). V souvislosti s těmito technikami nelze vyloučit riziko přenosu genetických defektů sdružených s mužskou infertilitou na potomky. U mužů trpících vrozenou obstrukční azospermii je v 90 % zjištěno, že jsou přenašeči mutace genu delta-F 508. Při setkání s partnerem stejně geneticky postiženým je riziko

1:4, že potomek bude trpět cystickou fibrózou, vyskytuje se i ageneze nebo ektopie ledviny. S těmito skutečnostmi je nutné pár seznámit.

Při prokázané neschopnosti manžela lze oplodnit odebrané vajíčko in vitro spermii dárce, za stejných právních kautel jako probíhá inseminatio ab alieno.

3.2.8. Přenosy vajíčka

Při vadě ženy (např. vrozené vadě dělohy, myomatóze) lze její vlastní vajíčko získat punkcí, oplodnit semenem manžela a vložit do dělohy jiné ženy. Do dělohy jiné ženy lze vložit i oplodněné vajíčko darované příbuzenským párem. Žena, která není schopna své oplodněné vajíčko donosit, může je vložit do dělohy jiné ženy. Další eventualitou je, že plodný manžel oplodní darované vejce, které pak je donošeno.

Existuje takto reálná možnost, že vajíčko ženy oplodněné buď manželem, nebo dárce je vloženo do dělohy jiné ženy, která prodělá těhotenství a dítě porodí. Takový postup, pokud by k němu vedly zdravotní důvody, není v České republice vyloučen. Je nazýván propůjčením dělohy. Pokládá se za neetické takto postupovat za finanční náhradu. Žena, která propůjčuje dělohu, by k tomu neměla být nucena svým ekonomickým a sociálním postavením. Nositelce náleží bezesporu odměna za podstoupené riziko, změny v životních poměrech, povolání atd. Předmětem smlouvy může být úmluva zabezpečující ženu po dobu gravidity ekonomicky. Tato činnost podle závěru FIGO 1988 by neměla být komercializována specializovanými agenturami.

Podle předpisů českého práva je matkou dítěte žena, která dítě porodí, ne matka genetická. U otce, který je vždy nejistý, platí jeho otcovství genetické, u ženy je realizace mateřství naplněna donošením a porodem. Základní právní postulát, že »mater semper certa est«, tj. jistota, že právně i fakticky je dítě matky, která ho porodila, platí i v uvedeném případě. Pokud by dvojice, která poskytla oplodněné vejce a dítě se narodilo po aplikaci IVF, chtěla narozené dítě získat do své péče, nezbyl by jí jiný právní postup, než požádat

o adopci takto narozeného dítěte. V některých zemích však platí úprava i zvyky odlišné.

Složitě poměry pro ženu propůjčující dělohu by nastaly při úmrtí manželského páru, který ji k takové aktivitě přemluvil. Při všech těchto řešeních je třeba pamatovat na možné právní důsledky takového konání a pár i »cizí« ženu náležitě informovat a vzhledem k občanskoprávním vztahům nechat vždy sepsat příslušné reversy a domluvy za účasti právníka. Uvedená metodika s sebou nese řadu právnícky labilních situací, nemluvě o problémech psychologických, kdy po skončení gravidity se rozvíjejí mateřské reakce u »nositelky«. Oproti problematice při normální adopci dítěte je zde komplikace v tom, že účastníci se vzájemně znají.

3.2.9. Manipulace s vajíčky

Vajíčko může být odebíráno ženě, které se po oplodnění vkládá do dělohy, ale mohou to být i »dárkyně« v přímém příbuzenském vztahu, či osoby cizí. Odebráním vajíček ztrácí dárkyně právní vztah k vajíčkům, a to i v případě, kdy je daruje bez jakéhokoliv dalšího příspěvku. Realizace darování vajíček přináší řadu dalších problémů. Především je odebíráno a oplodňováno více vajíček, než kolik je aktuálně potřeba. Vajíčka jsou uchovávána v určených zdravotnických zařízeních, jedná se o věci sui generis, ke kterým vzhledem k jejich povaze nemůže existovat žádný vlastnický vztah. O jejich použití rozhoduje příslušné zdravotnické zařízení. Vajíčka sama nemohou být předmětem samostatných právních vztahů, neboť jsou jen součástí léčebné metody. Tyto skutečnosti jsou před léčbou sděleny a jsou součástí příslušných písemných reversů.

3.2.10. Mnohočetná těhotenství

V souvislosti s činností IVF se začaly užívat metody, které stimulují činnost ovaria, vedoucí k většímu množství ovulací. Mnohočetné těhotenství pak vzniká buď touto činností, nebo tím, že lékař vkládá

do dělohy větší počet embryí (2–4), aby byla větší pravděpodobnost zahnízdění některého z nich. Počet vícečetných těhotenství dosahuje při této metodě přes 25 % všech porodů.

Mnohočetné těhotenství samo o sobě představuje po všech stránkách zvýšení rizika jak pro matku, tak pro plody. Pro matku znamená větší zatížení statické, cirkulační, metabolické, zvýšené množství samovolných potratů, předčasného porodu, mrtvorozenosti, poškození plodu vývojovou vadou, za porodu možnost nejrůznějších komplikací, jako jsou nepravidelné polohy, nebezpečí poporodního krvácení atd. Ženu je třeba v tomto smyslu informovat. Za těchto okolností se provádí redukce embryí, která nemá povahu interrupce, naopak jejím záměrem je pokračování gravidity za výhodnějších podmínek pro ženu i plody. Volba lékaře při využití selektivní metody je nenapadnutelná právně i podle lékařské etiky. O riziku při mnohočetném těhotenství včetně nutnosti selektivní redukce přebytečných embryí je zapotřebí ženy informovat ještě před započtím léčby a zahájením procesu IVF. V nastalé situaci není vyloučeno, aby některé ženy ze zásady odmítly takovou »infanticidu« a vědomě po podpisu příslušného reversu podstupují shora popsané riziko. Nadměrné polytokie pak namnoze končí předčasným porodem s úmrtím všech nezralých plodů.

3.2.11. Zdravotní rizika

V 5–6 % se po IVF pozoruje těhotenství extrauterinní, rovněž koincidence současného těhotenství nitroděložního a mimoděložního je vyšší, než se obvykle pozoruje. Platí zde doporučené postupy, které popisujeme u mimoděložního těhotenství. Jasná právní odpovědnost, a to nejen občanskoprávní, ale i trestní, přichází v úvahu, kdyby došlo k nerozpoznání mimoděložního otěhotnění, které by ohrozilo život ženy. Těhotenství po IVF třeba pokládat za riziková. Rizikem jsou již důvody, pro které bylo k metodě přikročeno. Samovolný potrat se vyskytuje v populaci v 10–20 %, ve sterilní populaci se zvyšuje na 21–30 %, je i větší výskyt předčasných porodů. Nebyl potvrzen vyšší výskyt vrozených vad.

3.3. Výzkum na preembryích

Tvorba a získávání embryí metodou CAR (IVF) k vědeckým účelům není v souladu s etickými principy zdravotnictví.

Pokud je prováděn výzkum v preembryonálním stavu a jeho účelem je prospěch ve smyslu definice zdraví stanovené Světovou zdravotnickou organizací, která zní »zdraví je stav úplného fyzického, mentálního a sociálního blaha a nikoli pouze absence choroby či slabosti«, musí být projekty autorizované etickým orgánem zřízeným při ministerstvu nebo Lékařské komoře. O pokusných záměrech je třeba informovat dárce gamet. Za neetické se pokládá klonování, mezidruhová fertilizace, implantování zárodků do dělohy jiných druhů, manipulace s genomem kromě léčby choroby. Gamety by neměly být používány ke komerčním účelům (FIGO, 1989).

4. Těhotenství

4.1. Průkaz těhotenství

Diagnostika těhotenství je vzhledem k dlouhodobě prováděným interrupcím u nás dobře propracována. Dřívější povzdech Roederera z 18. století, že nikdy není ohrožena pověst lékaře tak jako v případech, kdy má stanovit diagnózu těhotenství, má již historickou cenu. Dřívější těhotenské známky nejisté, pravděpodobné a jisté jsou dosud tradované v učebnicích, ale možnost bezpečně stanovit těhotenství již v raném období je zajištěna kombinovaným použitím testů na choriové gonadotropiny a užitím ultrazvukových metod. Nelze se spolehnout jen na testy, zejména na testy, které si provádějí ženy samy na komerčních přípravcích. Pochopitelně nelze detekovat intrakorporální splynutí gamet, lze detekovat až tvorbu choriogonadotropinu po provedené nidaci. Na vajíčku nelze zatím prokázat jinak jeho vitalitu než zjištěním srdeční činnosti. Teprve intrauterinní detekce zárodečného váčku se srdeční akcí dokládá těhotenství klinické. Z forenzního hlediska je nutné před provedením miniinterrupce mít průkaz, že plodové vejce se nachází v děloze. Může nastat situace, kdy je provedena miniinterrupce aspirací, embryo nelze vůbec diferencovat a později se rozvine obraz mimoděložního těhotenství.

Bylo-li předem doloženo nitroděložní těhotenství, nelze při miniinterrupci mluvit o porušení postupu lege artis. V případě, že nebylo vejce v děloze zjištěno a test je pozitivní, je třeba mimoděložní těhotenství vyloučit. Vyšetření ultrazvukové je velmi spolehlivé, ale i zde mohou i u zkušených nastat pomýlení. U pokročilého těhotenství se diagnostikují dvojčata a přehlédnou se trojčata, naopak diagnostiko-

vaná trojčata se ukáží jako gemini. Na malém plodovém vejci se nepozná vitalita, přehlédne se vrozená vada ap.

Žadatelky vyžadují potvrzení o graviditě i pro zaměstnavatele, aby byly patřičně upraveny jejich pracovní podmínky. Na potvrzení gravidity je nezbytné vždy uvést datum zjištění a zjištěné stáří těhotenství, jinak lze takovéto potvrzení zneužít i pro získávání nepatřičných výhod (např. přidělení bytu).

Samostatnou kapitolu tvoří případy falšování správně provedeného těhotenského testu. Ten je následně využit k dosažení určitého záměru, např. zdánlivě těhotná žena, ačkoli ví, že není těhotná, dosáhne placení alimentů ještě před porodem. V těchto případech se žena dopouští podvodného jednání, a proto je dána její trestní odpovědnost. Zdravotnická zařízení, zejména pak konkrétní zdravotničtí pracovníci, třeba v sebelepším úmyslu, by se takových protiprávních jednání neměli účastnit. Jen tak se lze vyhnout nejen společenské odpovědnosti při prozrazení takového jednání, ale i možné spoluúčasti na tomto protiprávním jednání.

V prvním trimestru těhotenství nastávají samovolné potraty, kdy se vejce přestane vyvíjet, u dvojčat může nastat »syndrom mizejícího dvojčete«. Diagnóza živého plodu má tedy platnost dočasnou. Žadatelka může argumentovat potvrzením o těhotenství, které si mezitím již dala přerušit. V takovém případě se jedná o zneužití úřední listiny.

Spíše ze zahraničí než z naší republiky jsou pak známy případy vyvozování občanskoprávní odpovědnosti za nedostatečně provedený nebo neprůkazný těhotenský test. V případě projednávaném u soudu v SRN těhotenský test ukázal, že žena je těhotná, ačkoli ve skutečnosti nebyla. Proto byla na zdravotnické zařízení podána občanskoprávní žaloba o náhradu škody, která vznikla domněle těhotné ženě tím, že omezila svoje nejen společenské, ale i některé obchodní aktivity. Náhrada škody byla soudem přiznána. V uvedeném případě se jednalo o několikatisícovou náhradu, kterou však pojišťovna, u které bylo zdravotnické zařízení pojištěno, odmítla uhradit s odkazem, že tato činnost není předmětem pojistné smlouvy.

K obdobnému sporu došlo ve Spojených státech, kde však uplatněná náhrada škody byla požadována v řádech několika set tisíc dolarů.

Pokud by test ukázal, že žena těhotná není a ona by ve skutečnosti byla, jednalo by se o případ, který by jistě nevedl k vyvození trestní odpovědnosti, jak bylo někdy požadováno, ale zcela reálně by mohlo dojít k poškození zdraví ženy či dítěte, k nezařazení takové ženy do dispenzární péče ap.

Těhotenský test nevypovídá o stavu plodu, o tom, zda je uložen v děloze či mimoděložně, test může být pozitivní v případech mola hydatidosa, aniž je plod vůbec přítomný.

Případy, kdy je přítomna mola hydatidosa, mohou mít někdy dramatický průběh doprovázený rozvojem hyperemesis, pozdní gestózy a eklampsie s forenzní dohrou. Dostupnost ultrazvukového vyšetření zařadí shora jmenovaná pochybení nebo omyly do historie.

Zvláštní problematiku tvoří případy, kdy různé organizace nebo některé farmaceutické firmy předkládají veřejnosti různé druhy tzv. těhotenských testů, které lze provádět mimo zdravotnická zařízení. V těchto případech, i kdyby na takových testech bylo výslovně uvedeno, že se jedná o orientační zjištění s výrazným označením možných chyb, je přesto dána odpovědnost těch, kteří takové testy doporučují a zejména prodávají. Konkrétním dokladem je příklad tzv. prostředků na úpravu menstruace, jejichž součástí jsou přípravky k provádění těhotenských testů. V případě selhání tohoto testu u ženy nebyla provedena miniinterrupce a musela se podrobit interrupci v pozdější době. Zahraniční soud uznal odpovědnou firmu, když zjistil, že žena postupovala podle návodu a že používané testy mají více než 8 % omylů.

V uvedených případech by předpokladem přiznání náhrady škody podle našeho práva bylo, aby mezi chováním zdánlivě netěhotné ženy a poškozením zdraví nebo majetkovou škodou byla příčinná souvislost. To je možné např. při činnostech, které by vyvolaly potrat. Zda k takovému sporu došlo, není autorům známo.

4.2. Průběh těhotenství

4.2.1. Ochrana těhotných žen

Zákonodárství týkající se pracovní ochrany těhotných žen má dlouhou tradici. V 18. století průmyslová revoluce zasáhla ekonomickou podstatu feudalismu, avšak nelidské pracovní podmínky vedly k revoltám, ale i k výkonům továrních lékařů, jejichž poznatky tvoří argumenty i pro rodící se odborové a socialistické hnutí. Vznikají první zákony upravující pracovní podmínky. V otázce sociální se řeší zejména dětská práce a délka pracovní doby. Lékaři již na počátku 19. století sledují pracovní podmínky: prašnost, vlhkost, teplotu prostředí, podmínky pro těhotné, umístění kojenných dětí, bytové podmínky průmyslových dělníků, jejich oblékání, stravování, nemoci, hygienické poměry, sexuální promiskuitu atd. Lékařská pozorování položila základy empirické sociologie a namnoze iniciovala tvorbu ochranného pracovního zákonodárství.

V Listině základních práv a svobod, která je v naší republice součástí ústavních zákonů, v čl. 32 odst. 2, je ženě v těhotenství zaručena zvláštní péče a ochrana. Ta je jí obecně poskytována v případech, kdy je z různých důvodů fyzicky napadena a dojde k poškození jejího zdraví nebo usmrcení plodu, což z hlediska trestního postihu pachatele je vždy hodnoceno jako způsobení těžké újmy na zdraví. I v této souvislosti se připomíná zásadní význam právní věty, že nenarozený plod sleduje osud matky. I když je z medicínského hlediska možné, aby se plod narodil jako živé dítě po klinické smrti matky, přesto současná úprava, i když nikoli bezvýjimečně, se drží uvedené právní věty. Tedy zavíní-li někdo smrt těhotné ženy, je souzen za škodu na zdraví u jediné osoby a k uvedené skutečnosti je přihlédnuto jako k přitěžující okolnosti. V současné době je průlom zaznamenáván v případech ublížení na zdraví zejména v posledních měsících či týdnech těhotenství.

Základní právní úprava zvýšené ochrany těhotných žen je v oblasti pracovněprávních vztahů, kde je stanovena obecně povinnost

všem zaměstnavatelům vytvářet těhotným ženám odpovídající pracovní podmínky.

Konkretizace citovaného článku Listiny základních práv a svobod je obsažena v zákoníku práce, zejména v jeho § 153 a následujících. Zde je stanovena povinnost převést těhotnou ženu na jinou práci, pokud koná práci těhotným ženám zakázanou.

V případě, že těhotná žena na takovou práci převedena nebude, hrozí zaměstnavateli odpovědnost tehdy, kdyby vzniklo ohrožení těhotenství nebo kdyby z uvedeného důvodu bylo těhotenství předčasně ukončeno. Odpovědnost k náhradě škody přichází v úvahu v řízení občanskoprávním. Proti zaměstnavateli však může být vyvozena i odpovědnost za škodu, která vznikla zdravotnímu pojištění za vynaložené náklady zdravotní péče. Určitým problémem jsou případy, kdy těhotná žena dočasné převedení na jinou práci odmítne, neboť nezná dovětek citovaného ustanovení o tom, že vhodná práce pro ni je taková, při níž může dosahovat stejného výdělku. Pokud takového výdělku bez svého zavinění nedosáhne, poskytuje se jí na vyrovnání tohoto rozdílu vyrovnávací příspěvek podle předpisů o nemocenském pojištění. Druhým důvodem dočasného převedení těhotné ženy na jinou práci je skutečnost, že podle lékařského posudku práce, kterou vykonává, ohrožuje její těhotenství. Přitom se bude jednat o jiné důvody, než které jsou uvedeny v seznamu prací zakázaných všem těhotným ženám, ale o určitou práci, která ohrožuje těhotenství konkrétní ženy.

Lékař musí vydat v takovém případě lékařský posudek, a to ať již na základě žádosti ženy, nebo z vlastního podnětu. Je pak možnost, aby zaměstnavatel požádal o jeho přezkoumání buď vedoucím zdravotnického zařízení, pokud odborný lékař pracuje ve zdravotnickém zařízení, nebo zdravotního radu, jedná-li se o terénního lékaře pro péči o ženu. Posudek je pro zaměstnavatele závazný se všemi právními důsledky, které z jeho nedodržení vyplývají. Konkrétně se jedná o občanskoprávní odpovědnost k náhradě škody v případě předčasného ukončení těhotenství. I zde platí, že převedením na jinou vhodnou práci nesmí těhotné ženě vzniknout žádná finanční újma.

Ve stejném ustanovení je uložena povinnost zaměstnavatele převést těhotnou ženu z noční práce na práci denní, pokud o to požádá.

Významné omezení je u pracovních cest a u přeložení, ke kterému musí těhotná žena vždy dát souhlas. Rovněž jsou podstatně omezeny důvody, pro které může zaměstnavatel rozvázat pracovní poměr s těhotnou ženou.

V poruchách mají největší úlohu faktory biologické, týkající se již zmiňovaných rizikových faktorů. Ochrana těhotných vyplývá ze zvláštností zákoníku práce, kde jsou zdůrazněna specifická rizika. Nesmí se zapomenout, že ochrana pracovního prostředí má zasahovat celou populaci, a proto nesmí být opomenuta kontrola možných obecných nox. Pozornosti zaslouží zejména prostředí při práci s rozpouštědly, dezinfekčními látkami, pesticidy, těžkými kovy, barvami, čisticími látkami, cytostatiky. Z fyzikálních činitelů je to ionizační záření, vibrace, hluk, práce v horkém prostředí. Dále pracovní proces, který vyžaduje ohýbání, klečení, pohyby do dřepu, zvedání paží, nepříznivě se uplatňuje zejména práce vestoje, v sektoru služeb, u nekvalifikovaných, překračuje se zejména zákaz zvedání břemen nad 5 kg. Během těhotenství tím narůstá riziko ztráty zaměstnání, což může narušit nejen psychiku ženy, ale i celkové životní podmínky. Prakticky se projevuje v etiologii předčasných porodů nejen aktivní kuřáctví, ale i kuřáctví pasivní.

Vyhláška č. 261/1997 Sb., ve znění vyhl. č. 186/1998 Sb., konkrétně stanoví, které práce a která pracoviště jsou těhotným ženám zakázány. Především jsou to práce zakázané všem ženám (viz též str. 62–63), a dále tyto práce:

1. *s převažující dynamickou složkou svalové práce, při níž je celosměrný energetický výdej větší než 5,4 MJ netto;*
2. *při přepravě břemen pomocí jednoduchých bezmotorových prostředků, při níž musí být vynaložena tažná síla větší než 90 N nebo tlačná síla větší než 130 N;*
3. *spojené se zvedáním a přenášením břemen, překračující ukazatele uvedené v příloze 1 k citované vyhlášce a průměrný celosměrný minutový energetický výdej překračuje 7 kJ min/netto;*

4. vykonávané ve fyziologicky náročných polohách (např. hluboký předklon, vkleče, vsedě, ve vypjatém stojí na špičkách, s rukama nad hlavou) a v malých uzavřených prostorách;
5. spojené s tlakem na břicho;
6. trvale vykonávané vsedě nebo vestoje bez možnosti střídání pracovních poloh;
7. při nichž nelze individuálně měnit tempo dané strojním zařízením;
8. na pracovištích, kde jsou překračovány nejvýše přípustné hladiny hluku stanovené pro fyzickou práci;
9. při nichž by byly vystaveny rázům na horní končetiny, místním vibracím přenášeným na ruce, jejichž hodnoty překračují nejvyšší přípustné hodnoty, nebo celkovým vibracím;
10. při nichž dochází ke značnému znečištění kůže minerálními oleji nebo látkami, které mohou poškodit kůži;
11. s jedy, karcinogeny nebo pracovním procesům s riziky chemické karcinogenity;
12. s chemickými látkami způsobujícími akutní nebo chronické otravy, poškozujícími reprodukci, s mutagenními látkami, vyvolávajícími těžká poškození zdraví při vstřebávání kůží, s látkami, které mají výrazné alergizující účinky na dýchací ústrojí nebo na kůži nebo omezující dělení buněk;
13. s cytostatiky, olovem a rtutí a s jejich sloučeninami;
14. spojené se zvýšeným nebezpečím úrazů a akutních otrav (oxidem uhelnatým);
15. při nichž hrozí zhroucení konstrukce staveb ap., ve výškách nad 1,5 m a nad volnou hloubkou;
16. na zařízeních vysokého napětí;
17. při ošetřování nebezpečných zvířat, při porážení zvířat na jatkách;
18. v prostoru uzavřených nádob a nádrží;
19. při dezinfekci a deratizaci prostorů plyny;
20. v kontrolovaných pásmech pracovišť se zdroji ionizujícího záření, kde podmínky práce nezajišťují pro plod stejný stupeň ochrany jako pro každého jednotlivce z obyvatelstva;
21. všechny práce určené jako rizikové podle zvláštních předpisů.

Těhotným ženám jsou dále zakázány práce na pracovištích:

1. výroby léčiv a veterinárních přípravků, pokud při nich může za předvídatelných podmínek dojít ve významné míře ke vstupu v nich obsažených účinných látek do organismu těhotným ženám;
2. na nichž je koncentrace chemických látek v pracovním ovzduší vyšší než 1/3 nejvyšše přípustných průměrných koncentrací;
3. při výrobě a zpracování výbušnin a výbušných předmětů a zacházení s nimi;
4. mikrobiologických a jiných laboratořích při zpracování lidského biologického materiálu;
5. kde jsou překračovány nejvyšší přípustné hodnoty elektromagnetického záření a elektromagnetických polí o frekvenci 300 GHz;
6. kde nelze upravit pracovní místo s ohledem na antropometrické změny ženy;
7. kde je vyšší teplota než 28 °C, nebo naopak na pracovištích, kde by měla být vykonávána práce po dobu delší než 4 h za směnu a kde je teplota uměle udržována na teplotě 4 °C, nebo při hodinové práci při teplotě -5 °C.

Konečně těhotné ženy nesmějí vykonávat práce na pracovištích, na kterých dle odborných zjištění bylo odhaleno riziko výskytu vybraných infekcí ohrožujících těhotnou ženu a plod (např. bacilární úplavice, břišní tyf a paratyf, salmonelóza, zarděnky, HIV-AIDS, spalničky, virové hepatitidy).

Další skupinu tvoří předpisy nemocenského pojištění, podle nichž je zaručeno, že v takových případech bude těhotná žena pobírat odpovídající dávky nemocenského pojištění, které jí zajistí stejnou ekonomickou úroveň, jakou by měla, kdyby pracovala na svém původním pracovišti.

V této souvislosti jistě není bez významu otázka, zda může být skutečnost, že žena je těhotná, sdělena zaměstnavateli. V tomto případě záleží na ženě, zda při nástupu do zaměstnání uvede, zda je či není těhotná. Vstupní lékařská prohlídka by však uvedenou skutečnost měla zjistit, poučit ženu, že práce, kam nastupuje, je pro ni nevhodná. Bez souhlasu ženy však uvedená skutečnost nesmí být zaměstnavateli sdělena.

Otěhotnění není mezi výslovně vyjmenovanými důvody, pro které je možné ukončit pracovní poměr ženy výpovědí. Lze však pracovní poměr ukončit dohodou, dojde-li např. k ohrožení zdárného průběhu těhotenství.

Zdravotní konkretizací uvedeného článku je povinnost těhotné ženy, aby byla ode dne zjištění těhotenství zařazena podle § 31 zákona č. 48/1997 Sb., o zdravotním pojištění, do dispenzární péče. Takovou péčí, kterou provádí příslušný gynekolog, není jen sledování zdravotního stavu matky a nenarozeného dítěte, ale měly by být zjišťovány i další podmínky, zejména zda pracovní nebo rodinné prostředí je pro těhotnou ženu vhodné.

Uvedené skutečnosti jistě opravňují zdravotnická zařízení racionálně se podílet v tomto významném životním období na prevenci, diagnostice i léčbě, což je vyjádřeno v ustanovení § 17 zákona o péči o zdraví lidu, kde je upraven základní obsah léčebně preventivní péče. Ten je definován tak, že tato péče má chránit, navracet a upevňovat zdraví jednotlivců i kolektivů a je poskytována obyvatelstvu ve zdraví i v nemoci, v mateřství a při ostatních stavech, vyžadujících lékařskou pomoc.

Zdravotnické zařízení, které by ženě nenavrholo takovou péči, nebo by v takové péči po souhlasu ženy nepokračovalo a nedošlo by tím k poškození zdraví, má jen administrativní odpovědnost vůči příslušnému zřizovateli, tj. příslušnému okresnímu úřadu – zdravotnímu radovi – nebo Ministerstvu zdravotnictví. Nějaká konkrétní sankce, zřejmě proto, že uvedená metoda je dostatečně využívána, však dosud – podle poznatků autorů – nebyla uložena.

Pokud by byl zjištěn takový postup u konkrétního lékaře, může být disciplinární odpovědnost vyvozena příslušnými orgány České lékařské komory.

Pokud by neprováděním dispenzární péče, nebo, což je praktičtější, jejím nesprávným nebo nedůsledným prováděním došlo k poškození zdraví, není vyloučeno, že by mohlo dojít k vyvození občanskoprávní, tedy majetkové odpovědnosti. Takové případy se vyskytují, a pokud je prokázáno, že nedostatečně nebo nesprávně prováděné jednotlivé prohlídky v rámci dispenzární péče jsou jedinou

příčinou vzniku poškození zdraví, pak již byly podány žaloby, ve kterých byla požadována náhrada škody.

Ošidné jsou např. situace, kdy přechází těhotná z péče jednoho zařízení do druhého a vzniká časová prodleva. Zdravotnický pracovník se může oprávněně spoléhat na to, že určitá kontrola byla provedena již dříve, avšak to se nestalo ap. Týká se to např. kontrol protilátek při Rh izoimunizaci a opatření k předčasnému ukončení těhotenství u případů rizikových (diabetes, pozdní těhotenská gestóza, hypertenze, hepatopatie atd.). Opomenuto může být třeba banální vyšetření krevního obrazu a ztráta krve v třetí době porodní při nepoznané anémii může mít fatální následky. Řada vyšetření probíhá v ústavech v zaběhnutých stereotypech, v rámci dělby práce, které namnoze nejsou kontrolované, jelikož za normální situace fungují a jsou pokládány za samozřejmé. Chyby takto vznikající většinou nepramení z nedbalosti, jsou to chyby systémové, množství sledovaných faktorů je dnes již tak velké, že je nelze bezpečně podržet v paměti. Ošidné jsou i situace při nástupu nových zdravotnických pracovníků, kteří z předchozího zaměstnání mají jiné zvyklosti. Pokud nedojde k naplnění skutkové podstaty nějakého trestného činu či přestupku, jsou tyto okolnosti porušením pracovněprávních povinností.

4.2.2. Nekomplikovaný průběh těhotenství

Nekomplikovaný průběh těhotenství je stále nejrozšířenějším stavem. Začíná vlastním otěhotněním a od uvedené doby se také počítá doba těhotenství. Vzhledem k tomu, že se jedná o nejrozšířenější průběh těhotenství, převládá obecný názor, že takto musí probíhat veškerá těhotenství. Není-li tomu tak, hledá se příčina odchylky. Pokud není včas a jednoznačně lékařem osvětlena, odpovědnost za veškeré odchylky bývá svalována na konkrétní zdravotnické zařízení nebo konkrétního lékaře.

Rovněž u nekomplikovaného těhotenství je třeba jak ze strany těhotné ženy, tak jejího případného zaměstnavatele i zdravotnického zařízení dodržovat veškeré předpisy a činnosti, které jsou s těho-

tenstvím spojeny, zejména včasná návštěva poradny a zařazení do dispenzární péče (§ 31 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění).

I u nekomplikovaného průběhu těhotenství mentálně postižené ženy, ženy zbavené způsobilosti k právním úkonům, je doporučeno vždy provést genetické vyšetření, jehož doporučený obsah je uveden v citovaném Metodickém návodu č. 4/1994 Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování zdravotní péče mentálně postiženým občanům.

4.2.3. Rizikové – ohrožené – těhotenství

Kromě případů nekomplikovaného průběhu těhotenství je v současné době asi třetina těhotenství hodnocena jako riziková těhotenství, což je název pro stav těhotenství, kdy vzniká medicínská pochybnost o úspěšném dokončení těhotenství a porození dítěte. Přitom každé těhotenství je stavem do určité míry labilním. Proto byly stanoveny ukazatele, kdy ohrožení matky a plodu je vyšší, a tyto stavy jsou označovány jako riziková těhotenství. Jde o zvýšenou pravděpodobnost, nikoli vlastní výskyt patologického stavu.

V praxi jsou tyto přechody od normy do bezprostředního ohrožení plynulé a dynamické.

Konkrétně je to: věk pod 17 let a nad 30 let, tělesná výška pod 155 cm, hmotnost vyšší nebo nižší o 10 kg, než odpovídá výškovému poměru, hypertenzní choroba I. a II. stupně, chronická onemocnění ledvin, léčené poruchy menstruačního cyklu, sterilita trvající déle než 2 roky, rodinný výskyt diabetu, srdeční onemocnění, operace zejména břišní a gynekologické, úrazy, stavy bezvědomí. U předchozích těhotenství dvě a více interrupcí, samovolné potraty, předčasné porody, udržovaná těhotenství, porody plodů hypotrofic-kých i hypertrofic-kých, dětí s vrozenou vadou, dětí perinatálně zesnulých či poškozených při porodu, se zvýšením protilátek Rh (ABO), s EPH gestózou, diabetem, s prodlouženým těhotenstvím po porodnických operacích (jako forceps, sectio), horečnatým šestinedělím a těhotenství po IVF.

U stávajícího těhotenství se sledují všechny ženy, které krvácely, měly častější výskyt děložních kontrakcí, změny na děložním hrdle, stavy vyžadující cerclage či pesar, protilátky Rh (ABO), infekční horečnatá onemocnění, glykosurie, diabetes, nadměrný hmotnostní přírůstek, hubnutí, EPH gestóza, anémie, polyhydramnion, mnohočetná těhotenství, hypotrofické a hypertrofické plody, nepravidelné polohy plodu. Rizikové jsou i ženy alkoholičky, kuřačky nad 20 cigaret denně, ženy s drogovou závislostí.

Přítom je výrazně odlišováno mezi rizikem pro těhotenství a bezprostředním ohrožením, které představují některé jmenované stavy samy od sebe, např. kardiopatie, hepatopatie ap. Péče o těhotné není ohraničena jen na porodnická zařízení. Onemocnění ortopedická (kyčelní vady), oční, neurologická, interní vyžadují spolupráci a speciálně zajišťovanou antenatální i porodní péči. Některé vrozené metabolické vady potřebují ještě před graviditou a po ní speciální dietní režim – fenylketonurie.

Pro tyto ženy je stanoven speciální režim a podle potřeb jsou i preventivně hospitalizovány. V takovém případě nelze těhotenství již hodnotit jen jako fyziologický děj, ale jedná se o případ, kdy je poskytována pro stav ohrožující zdraví odborná lékařská péče. Předpokladem úspěšného dokončení rizikového těhotenství je zcela jednoznačně chování a přístup těhotné ženy k navrženým léčebným postupům. Její odpovědnost za chování při rizikovém těhotenství je pouze morální, porušení nařízeného léčebného postupu bývá neočekávané a je většinou neprokazatelné. V takových případech pak platí základní právní věta, že v podmínkách našeho právního řádu je zdravotní péče poskytována především tak, aby byl prvořadě chráněn život a zdraví ženy a sekundárně zdraví dítěte.

Právní odpovědnost lékaře roste při zřejmých příznacích signalizujících životní ohrožení, jako je krvácení, horečnaté stavy, vzestup krevního tlaku, proteinurie, poruchy vědomí, vidění atd. Zde se nejedná o pouhé riziko, ale o nastoupený patologický děj. Možné se stalo skutečným. Lékař zanedbávající rizikové faktory za to není stíhán, pokud se skutečný, již vysloveně alterovaný stav neprojeví

na zdraví ženy a dítěte. Pokud opomenutím těchto rizikových stavů nastalo poškození zdraví, má takový lékař již právní odpovědnost.

Trestné není vlastní nerozpoznání stavu, který může být larvovaný, trestné je opomenutí obvyklých diagnostických a léčebných postupů.

Rozhodnutí lékaře v těchto případech spočívá ve stanovení zvláštního režimu chování těhotné ženy, event. i její hospitalizaci. V takovém případě již těhotenství nelze hodnotit jen jako fyziologický děj, ale jedná se o případ, kdy je poskytována pro stav ohrožující zdraví odborná lékařská péče. Předpokladem úspěšného dokončení ohroženého těhotenství je zcela jednoznačně odpovědné chování a kladné přístupy k navrženým léčebným postupům těhotných žen s ohroženým těhotenstvím.

Jak bylo uvedeno, v povědomí lidí je vlivem osvěty zakořeněný názor nulového rizika při těhotenství a porodu. Proto při těžkých komplikacích nastává rozčarování, obviňování zdravotnického personálu ze zanedbávání péče, dochází k stížnostem a forenznímu projednávání. Přitom odpovědnost těhotné ženy za chování při ohroženém těhotenství je (jako u rizikového) pouze morální a porušení nařízeného léčebného postupu je většinou neočekávané a neprokazatelné.

Je zcela logické, že v průběhu doby ohroženého těhotenství, kdy těhotná žena je vyřazena z pracovního procesu, má nárok na nemocenské dávky. V případě vzniku pochybností, zda se jedná o ohrožené těhotenství, organizace – zaměstnavatel je povinen vyžádat si posudek o zdravotní způsobilosti a také uvedený posudek respektovat. Posudek vydává příslušný gynekolog.

Právní odpovědnost zdravotnického zařízení, ale i konkrétního lékaře by přicházela v úvahu pouze v případě nedostatečně prováděné dispenzární péče, podcenění příznaků nebo pozdního rozpoznání nebo nerozpoznání, že se jedná o ohrožené těhotenství.

Pokud by se prokázalo flagrantní porušení postupů stanovených lékařskou vědou, postupů lege artis a z toho důvodu by došlo k předčasnému přerušení těhotenství, přicházela by v úvahu trestní postih lékaře za způsobení těžké újmy, tedy trestného činu podle § 224 odst. 1 a 2 tr.z.

Pro ublížení na zdraví z nedbalosti byl stíhán bývalý obvodní gynekolog v městě H. proto, že přes upozornění těhotné ženy na silné krvácení a značnou malátnost ordinoval jen běžné prostředky stavějící krvácení, neprovedl další vyšetření a konečně neodeslal ženu na odborné vyšetření. Žena potratila. V tomto případě bylo trestní stíhání pro amnestii zastaveno.

4.2.4. Mimoděložní těhotenství

Jednou z častých komplikací vzniklých v průběhu těhotenství je mimoděložní těhotenství (ektopická gravidita). V takovém případě je objektivně nemožné, aby žena porodila dítě, ale naopak jí hrozí při neodstranění takového těhotenství smrt.

Při mimoděložním těhotenství se usídluje plodové vejce ve vaječniku, v dutině břišní, nejčastěji ve vejcovodu. Jen zřídka nastává donošení takového těhotenství, což je doprovázeno velkými, život ohrožujícími komplikacemi. Těhotenství ve vejcovodu končí buď tubárním potratem, nebo rupturou tuby. Ruptura ohrožuje bezprostředně život ženy vnitřním krvácením.

Ektopická gravidita tvoří téměř 50 % náhlých příhod břišních, tvoří asi 5 ‰ všech gravidit, letalita se pohybuje kolem 0,4 ‰ všech ektopických gravidit.

Zavedení miniinterrupcí v raném stadiu těhotenství zvyšuje nebezpečí přehlédnutí ektopické gravidity a má pro lékaře význam i z hlediska možného postihu. Koexistence intrauterinní a extrauterinní gravidity se udává 1 na 30 000 gravidit, mortalita je přitom až jedno procento. Je proto důležité včas takové mimoděložní těhotenství odhalit a ordinovat příslušnou operaci k jeho odstranění.

Při stanovení diagnózy je třeba jen jediné: podezření vyslovit, a pak tuto diagnózu vyvrátit. Pokud se takto postupuje, nenastává nečekaná nebezpečná situace. Na začátku jakékoli gestace zjištěné testem na HCG je třeba na ektopickou graviditu myslet, pak se diagnostické pochybení redukuje. U žen s nepravidelným cyklem při mnohotvárném obrazu této klinické jednotky je pochybení již pravděpodobnější.

Lékaři mluví o tubárním potratu, při operačním odstranění mimoděložního těhotenství se nemluví o interrupci, ale takový výkon je hodnocen jako poskytnutí potřebné léčebné péče. Nerozpoznání tohoto těhotenství, jehož následkem je poškození zdraví nebo smrt, může založit při flagrantních nedostatcích zdravotní péče skutkovou podstatu trestného činu ublížení na zdraví podle § 223 nebo 224 tr.z. Současně jsou dány podmínky pro uplatnění obecné občanskoprávní odpovědnosti podle § 420 o.z.

Záměna nitroděložního těhotenství s těhotenstvím mimoděložním je možná, pokud se diagnóza těhotenství opírá jen o nález hormonální. Provedení interrupce vyžaduje stanovení, že plodové vejce se nachází uvnitř dutiny děložní. Pokud je zjištěno hormonálními testy těhotenství a plodové vejce uvnitř dělohy není, pátrá se ultrazvukovým vyšetřením, zda není mimo dělohu. Pokud je nález nejasný, bezpečnou diagnózu stanovuje laparoskopické vyšetření, při kterém se u pozitivních nálezů provádí operace. Oproti minulé době se stále větší měrou daří diagnóza graviditas extrauterina intacta před klinickými příznaky. Pokud není laparoskop k dispozici, používá se škála klinických příznaků, kdy se osvědčuje punkce Douglasova prostoru a zjištění přítomnosti krve v dutině břišní.

Byla zásada, že veškerý materiál z dělohy získaný se odesílal na histologické vyšetření. Při metodě, při níž se užívá odsávání obsahu, se tak nečiní. Pokud však vzniká při interrupci diagnostická nejistota, posílá se materiál z děložní dutiny na histologické vyšetření. Nejsou-li zjištěné choriové elementy, ale jen decidua, je nutné dále pátrat po mimoděložním usídlení. Pokud se choriové elementy nenaleznou, jsou nutné kontroly palpační, ultrazvukové stanovování hladin HCG 14 dní po výkonu.

Kvalita diagnostiky však závisí na vybavenosti pracoviště, k čemuž je nutné soustavně přihlížet.

Určitým diskutovaným problémem je případ, kdy je včas a řádně zjištěno mimoděložní těhotenství, ale žena odmítne dát souhlas k operaci. Pokud na odmítnutí i po řádném poučení, zejména o možných fatálních následcích, trvá, nezbyvá než vyžádat si podpis reversu a k odstranění mimoděložního těhotenství nepřistoupit. Nejde jen

o problém teoretický. V praxi se vyskytují případy, kdy např. pacientka s mimoděložním těhotenstvím odmítla hospitalizaci, hodlala podepsat negativní revers a poté upadla do bezvědomí, lékař jednal ve smyslu ustanovení § 14 tr.z. v krajní nouzi a pacientku, přes odpor manžela, dopravil do nemocnice k operaci zachraňující život.

U mimoděložního těhotenství je třeba zachovávat lékařskou mlčenlivost, a to nejen ze strany lékařů, ale i ostatního zdravotnického personálu. Namnoze ženy možnost otěhotnění vylučují, i když zjevně k pohlavnímu styku došlo, pravděpodobně mají na mysli styk manželský. Lékař v případě, že nemá výslovný souhlas, aby manželovi sdělil skutečnou diagnózu, na dotaz, z jakých důvodů byla provedena operace, odpovídá pravdivě, že »pro nitrobřišní krvácení«, definitivní diagnóza bude stanovena až po histologickém vyšetření. V dalším odkáže manžela na operovanou, která ho informuje sama podle svého uvážení.

Diagnózu v takových případech nelze sdělit lékaři, který ženu přímo neošetřuje, neboť např. může být známým osoby, které se určité okolnosti v zájmu pacientky zatajují. Pokud by se takový lékař přes-to tyto skutečnosti dozvěděl, vztahuje se na něj povinná mlčenlivost.

4.3. Ohrožení plodu a terapeutické zásahy na plodu v době těhotenství

V době těhotenství může vědomým či nevědomým jednáním těhotné ženy, zdravotnických pracovníků nebo třetích osob dojít k ohrožení zdárného průběhu těhotenství a zdraví plodu.

4.3.1. Užívání léků během gestace

Častou příčinou právní odpovědnosti je ohrožení plodu při užití tzv. teratogenních léků, tj. léků, které ohrožují zdárný vývoj plodu a mohou vést k jeho přímému závažnému poškození. Velmi sporné je užívání léků, příslušně registrovaných Ústavem pro kontrolu léčiv, během těhotenství – gestace. Návod k užívání léků neregistro-

vaných, i když v cizině běžných, je z právního hlediska hodnocen jako nedovolená činnost. Byla zjištěna těžká malformace končetin – dysmelie po užívání hypnotika thalidomidu – Conterganu. Tyto tragické případy měly soudní dohru, kdy farmaceutická firma kromě ztráty prestiže byla odsouzena i k finanční náhradě vzniklé škody. Teprve od té doby byly k dosavadním testům na toxicitu zařazeny i testy na teratogenní účinek. Protože testy nemohou teratogenní účinek bezpečně vyloučit, brání se farmaceutické firmy tím, že u příslušného léku jeho použití v graviditě nedoporučují, čímž se vyhnou právní odpovědnosti. U známých, často užívaných léků jsou k dispozici statisticky podložené odhady rizika.

Znalosti o teratogenních lécích jsou vyžadovány při atestačních zkouškách z oboru gynekologie a porodnictví (Elis, Elisová, Léky v těhotenství). Škodlivý vliv na plod byl zjištěn u derivátů kyseliny retinové – acitretin, izotretinoid, vnitřně používaných v dermatologii, u perorálních antikoagulancií (mozkové krvácení), u tetracyklinu (ukládání do tvořících se kostí a zubů po třetím měsíci gestace). Po podávání beta-blokátorů se zjišťuje u plodů bradykardie.

Účinek léků podaných v těhotenství může mít někdy časovou latenci. Po aplikaci diethylstilbestrolu u těhotných se u dcer takto léčených matek po 20 letech častěji vyvíjel karcinom hrdla děložního a pochvy. Odborné práce týkající se teratogenního působení jsou dostupné. Strach z těchto prostředků je na všech úrovních odborných i u veřejnosti. Paradoxně odmítá stomatolog u těhotné z tohoto důvodu i místní znecitlivění při extrakci. Lékař neaplikuje lék bez dobrého důvodu a u těhotných je mnohdy v rozpacích, co může vlastně aplikovat. Většinou se jedná o širokospektrá antibiotika. Musí se zvážit nebezpečí, jaké vznikne pro zdraví, pokud lék podán nebude, a možné poškození plodu.

U epileptiček, které musí být pod trvalou terapií, se léčba nepřerušuje, protože epileptické záchvaty poškozují hypoxickými stavy plod jistě se stejnou intenzitou. Pokud by lék použila těhotná, i kdyby znala jeho teratogenní účinek, nepřichází v úvahu jakýkoli její právní postih. Poškození dítěte vlivem drog, jako je heroin, abúzus alkoholu, může mít pro matku právní důsledky, vedoucí např. k ode-

brání dítěte. Pokud by lék byl ordinován lékařem nebo, což je ještě závažnější, byl podán zdravotní sestrou, není předem vyloučena trestní odpovědnost konkrétního zdravotnického pracovníka, především však občanskoprávní odpovědnost zdravotnického zařízení. Opět i zde by se jednalo o nevyvratitelnou objektivní odpovědnost a značná škoda sahající až do několika miliónů korun je v cizině požadována zejména v případě narození poškozeného dítěte. Trestní odpovědnost není vyloučena u lékaře, který by takový lék ordinoval, a to pokud by se prokázalo, že o těhotenství ženy mohl vědět, nebo se nedostatečně přesvědčil, že žena těhotná není.

Konkrétní trestní postih byl v roce 1991 vyvozen v okrese K. vůči zdravotní sestře, která bez ordinace lékaře podala teratogenní lék ženě, o které věděla, že je těhotná. Té se narodilo poškozené dítě. Za takové podání nevhodného léku, který vyvolal poškození novorozence, byl jí trestním soudem vzhledem k jejímu mládí uložen mírný podmíněný trest. Zdravotnické zařízení, jehož byla zaměstnankyní, poškozené uhradilo náhradu škody ve výši 480 000 Kč a bylo odsouzeno hradit jí i rentu ve výši 600 Kč měsíčně.

Pro úplnost nutno dodat, že ze světové literatury jsou známy případy vyvození odpovědnosti proti farmaceutickým firmám, které uvedly na trh léky, u nichž deklarovaly, že nemají teratogenní účinky. Pokud k takovým účinkům došlo, třeba jen u určité malé skupiny těhotných žen, a nastalo poškození jejich plodu, obhajoba těchto firem, že lék byl uveden na trh po schválení příslušnou zkušebníou nebo po kontrole léků, nevedla k zbavení se mnohamiliónové hmotné občanskoprávní odpovědnosti.

V praxi se může lékař při pochybnostech obrátit na teratologické informační služby, které disponují databázemi. Konzultuje se dávka látky, stadium organogeneze, dědičné a další faktory. Vzhledem k čilému pohybu na farmakologickém trhu, často nepoznanému těhotenství a používání léků bez předpisů nelze se vyjadřovat exaktně, ale jen ve smyslu zvýšené pravděpodobnosti postižení. Lékař stojí před rozparem, zda má podat lék většinou antimikrobiální a posoudit, zda větší je riziko ze základní choroby, či z použití preparátu. O pravděpodobnosti informuje pacientku, aby se mohla na tomto procesu

spolupodílet. Případné pochybnosti a záznamy o konzultaci pečlivě dokumentuje.

V této souvislosti zasluhují pozornost známky po vpichu do žil, event. do svalů, které umožní odhalit larvovanou toxikomanii, což v těhotenství lze hodnotit jako ohrožení plodu nikoli léky, ale jinými prostředky.

V naší zemi doposud lékaři nemají každodenní zkušenost s toxikomanií. V porodnici se mohou dozvědět např. o užívání heroínu až těsně před porodem, někdy je závislost odhalena podle chování ženy po porodu, někdy bohužel až podle výpadevých příznaků na porozeném dítěti. Odpovědnost lékaře se kryje s požadavky profesionálními. Pokud není zavedeno rutinní vyšetřování na toxické látky, a k tomu asi nedojde, nelze vinit lékaře, že nepoznal drogovou závislost.

4.3.2. Chirurgické výkony

Do uvedené skupiny případů ohrožení plodu činností zdravotnických pracovníků patří případy, kdy při chirurgickém výkonu dojde k poškození nebo usmrcení plodu. Již v době, kdy se rozhoduje o provedení výkonu, je zřejmé, že může nastat nebo pravděpodobně nastane zasažení plodu. To se děje např. při ileu v graviditě, kdy srůsty mohou zasahovat dělohu, kdy výkon spojený např. s resekcí střeva může trvat dlouho a nastává při něm lokální dráždění těhotné dělohy, při krvácení z trhliny jater či ruptury sleziny, dosti časté ovariální nádory rostoucí při graviditě.

Sem patří případy, kdy během těhotenství se nalezne ovariální nádor, který je třeba odstranit. Pak se pochopitelně na možné ohrožení plodu myslí, zavede se větší klidový režim, tokolytická léčba. Těhotná je upozorněna, že v dané chvíli je více zohledněno její zdraví než stav plodu a podepíše o tom i revers.

Těhotné přicházejí nejen do péče gynekologicko-porodnické, ale i chirurgické. Zcela běžně může být provedena při graviditě apendektomie, v menší míře se mohou vyskytnout i jiná onemocnění dutiny břišní, ileus, inkarcerace ap. Zde se naleznou prohrěšky, které mohou být později předmětem vyšetřování.

Na chirurgickém oddělení byla u 31leté čtyřikrát gravidní, dvakrát rodící v 27. týdnu těhotenství provedena apendektomie – histologicky *appendicitis necrotisans*. V pooperačním průběhu Ix subfebrilie, hnisání laparotomické rány s každodenními převazy. Při gynekologické kontrole ordinován Partusisten, doporučena třítydenní hospitalizace, propuštěna již 14. den do domácího ošetřování, doporučen Partusisten a každodenní převazy na chirurgickém oddělení. Po 16 dnech po operaci hospitalizována pro kontrakce a pokročilý nález na hrdle, pro febrilní průběh 37, 9–38,8 °C nemohla být provedena cerclage, 17. den po operaci trvají teploty s třesavkou, dysurie, aplikován byl Ampicilin. S nálezem branky v průměru 3 cm je proveden transport in utero do nemocnice v Ústí nad Labem. Za přítomnosti porodní asistentky nastal porod nedonošeného plodu v sanitce, 35 min od vyšetření. Plod s hmotností 1400 g, měřící 40 cm byl předán na JIP, shledán podchlazený a zemřel za 8 h 15 min po porodu, druhého dne. Rodička pro septický šok a febrilní stav 41,2 °C přijata na oddělení anestézie a resuscitace. Při revizi dutiny děložní vybaven zánětlivě infiltrovaný placentární polyp. 23. den po operaci relaparotomie, při které je provedena hysterektomie s pravostrannou adnexektomií pro zánět potvrzený histologicky. Propuštěna v dobrém stavu za 18 dní po přijetí. Při ošetřování nastalo více pochybení. Příčina všech potíží byla v zánětu červovitého přívěsku včas operovaném. Zánětlivý proces se však rozšířil na adnexa a podráždění vedlo k předčasným kontrakcím, porodu, septickému šoku, takže musela být provedena hysterektomie a jednostranná adnexektomie. U porodníka bylo pochybení v nedostatečné pooperační péči a pozdním transportu in utero do lépe vybavené nemocnice. Podchlazení dítěte vzniklo z praktické neznalosti porodní asistentky, jak takové záležitosti řešit.

Operace není problematická, když v jejím průběhu bude prioritně pečováno o život matky. Namnoze je třeba někdy ukončit těhotenství bez ohledu na to, zda plod přežije. Pokud je to předvídatelné, měla by být s touto okolností seznámena žena ještě před operací.

V takových případech je vodítkem prioritní zájem na zachování života a zdraví ženy, a proto provedení takového výkonu není proti-

právní. Přesto by těhotná žena měla být na uvedenou možnost výslovně upozorněna a poučena o ní.

Zvláštní skupinu tvoří případy, kdy nastalo diagnostické pochybení a operuje se bez znalosti toho, že se jedná o těhotenství. V takových situacích se vesměs nahodile kumuluje řada mimořádných skutečností.

Obézní žena s hmotností 117 kg s nepravidelnou menstruací navštívila gynekologa pro neurčité bolesti v břiše a polakisurii, popřela možnost těhotenství. Při vyšetření byl palpační nález shledán normální, zjištěna byla bolestivá palpáce močového měchýře. Za 7 týdnů si pacientka stěžuje na přibývání hmotnosti. Lékařka zjistila v epigastriu tumor velikosti hlavičky, na chirurgii byl zjištěn nález podobný. Při vyšetření štítné žlázy udala, »že má dojem, že se v ní něco hýbe«. Gynekolog našel dělohu ve velikosti 5. měsíce těhotenství, soudil na uterus myomatosus permagnus nebo na ovariální cystu. Na gynekologii bez provedení zkoušky na hCG bylo uzavřeno, že se jedná o myomatózně zvětšenou dělohu a na ní nasedá tuhý tumor, soudilo se na maligní kystom. Při laparotomii zjištěna gravidní děloha zvětšená do velikosti 8. měsíce. Za dva měsíce po operaci se narodilo zdravé dítě. Předmětem stížnosti bylo nerozpoznání těhotenství, zbytečná operace, prodloužená pracovní neschopnost.

Diagnostický omyl sám o sobě není protiprávním jednáním. Pokud by u této obézní pacientky nebyl jiný způsob ke stanovení diagnózy těhotenství než palpáce, nutno vzít pro daný případ malou rozlišovací schopnost metody užitě pro diagnózu. Třeba hodnotit, zda se lékař v daném případě pokoušel diagnózu ověřit či vyvrátit jinými metodami, jako je stanovení hCG, UZ, event. rtg, zda si byl své nejistoty vědom. Pokud ano a pokud by existoval záznam např. »pro obezitu nelze velikost dělohy bezpečně určit« nebo »porodní nádor znemožňuje přesné určení fontanel«, je to dokladem diagnostické poctivosti, ale to nestačí. S takovou pochybností, pokud si jí je lékař vědom, a v daném případě to přímo dokumentoval, se nesmí spokojit a musí se pokusit stanovit objektivní stav věci jinými metodami. V urgentním případě je oprávněn postupovat podle takového dubiózního odhadu, protože nemá možnost si dále diagnózu ověřit.

V této konstelaci je vhodné dokumentovat výkon ve smyslu »laparotomia probativa« a indikace je pak ex post nenapadnutelná. Provedení zbytečné laparotomie bylo ve shora uvedeném případě až důsledkem předchozího postupu. Počínání lze proto hodnotit jako zaviněné z nevědomé nedbalosti.

Jedná se o porušení obecné povinnosti, stanovené v ustanovení § 11 odst. 1 zák. č. 20/1966 Sb., totiž poskytovat zdravotní služby v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy – postupovat lege artis. Při charakteristice postupu non lege artis nelze činit rozdíl mezi »vitium artis« a chybami jiného rázu (záměna léku, přehlédnutí), neboť z právního hlediska to není rozhodující. Důležité je, aby lékař přihlédl ke kterékoli z užívaných vědeckých praktik. Míra znalostí má odpovídat náplni atestace.

Složitější situace je, když při plánování operace se nezvažuje možnost, že bude provedena u těhotné ženy, a to buď proto, že žena své těhotenství nepřiznala, nebo nebylo na těhotenství pomýšleno.

Diagnostické chyby tohoto typu by se již neměly vyskytovat, u všech operací, které by se mohly dotknout gynekologických orgánů žen, by mělo být v předoperačním vyšetření vždy zařazeno ultrazvukové vyšetření, které těhotenství snadno odhalí. Pokud by se lékař-chirurg hájil tím, že UZ vyšetření není zařazeno jako rutinní, mohl by být jeho postoj uznán jako omluvný, ale odpovědnost za nízkou diagnostickou úroveň ústavu by nesli jeho představení a právní odpovědnost pak zdravotnické zařízení.

V takových případech hrozí nebezpečí, že z důvodů uplatnění občanskoprávní odpovědnosti podle § 420 o.z. bude zdravotnické zařízení odsouzeno k úhradě vzniklé škody. Pouze pokud by se prokázalo, že žena své rané těhotenství zatajila, bylo by možné dovolávat se jejího spoluzavinění. V daných případech většinou ženy o svém těhotenství nevědí a nepoznání těhotenství je nutné při dnešních možnostech snadné spolehlivé diagnózy pokládat u pokročilého těhotenství jako postup non lege artis. Taková úvaha je vyloučena, když žena již v době plánování operace byla jako těhotná v dispenzární péči jiného zdravotnického zařízení.

Běžnou příhodou bývá operace indikovaná pro apendicitidu, kdy při histologickém ověřování se zánět nepotvrdí. V takových případech by bylo možné hovořit o zbytečné operaci. Rozhodující je dobře dokumentovaný lékařský nález.

Povaha náhlých příhod břišních je taková, že nelze s jistotou namnoze vyslovit přesnou diagnózu. Laparotomie je prováděna na podkladě hrozivých příznaků, které lze nějakému onemocnění s velkou pravděpodobností přisoudit, ale nesprávná diagnóza v tomto případě neznamena pochybení ve smyslu postupu *non lege artis*, když za příznaky se objeví diagnóza odlišná, ba dokonce když po operaci, při níž se nezjistí žádné orgánové změny, původní potíže bez racionálního vysvětlení zcela vymizí. Lékař se řídí fenomény, příznaky, které mohou být namnoze velmi zavádějící.

4.3.3. Konzultace

Velikou ochranou lékařů u složitých případů nejen v době těhotenství je konzultace, event. svolání konzilia příslušných odborníků, kteří většinou dospívají k společnému závěru, týkajícímu se jak diagnostiky, tak léčby. Účast odborníků z více oborů je především ve prospěch pacienta, uvažuje se zcela konkrétně o diferenciálních diagnózách, které pro každý jednotlivý obor běžné nejsou.

Ani takový postup však nemusí zabránit neblahým následkům. Je publikován případ úmrtí ženy v šestinedělí, protože žádného z lékařů, kteří ji ošetřovali, nenapadlo pomyslet na diagnózu *endocarditis lenta*. Pokud by ji však ošetřoval porodník sám, byla by veškerá odpovědnost na něm a mohlo by se uvažovat i o právním postihu. Klíčový význam má konzultace hematologická při léčbě DIC, která je většinou na podkladě laboratorních výsledků hematologem řízena. Rozdílné názory na povahu onemocnění nejsou na závalu. Dovolují diferenciálně diagnosticky lépe určit povahu procesu a při soudním sporu jsou dokladem objektivně dané složitosti případu.

4.3.4. Plod s vrozenou vývojovou vadou – screening vrozených vad

Vrozené vady provázejí 3–5 % všech diagnostikovaných těhotenství. Cílem primárního screeningu je zachytit těhotenství s vyšším rizikem vrozené vady, což je předpokladem pro již cílenou diagnostiku.

Je to screening ultrazvukový, screening chromosomálních aberací, imunologický k detekci asymptomatických infekcí, screening dědičných onemocnění s detekcí heterozygotů a presymptomatických nosičů. Prvotní vyhledávání je založeno na metodách neinvazivních, kdy dominují ultrazvuk a biochemické testy. Teprve při suspektních nálezech se přikročí k metodám invazivním.

Proto při dispenzární péči musí být i tato problematika zvažována a při zjištění určitých symptomů přes určitá rizika je nezbytné provést potřebná vyšetření obdobná, jaká jsou uvedena v citovaném Metodickém návodu č. 4/94.

V prvotním vyhledávání se při diagnostice ukazuje výhoda tříparametrového screeningu: alfa-fetoproteinu, hladinami lidského choriového gonadotropinu a hladinami sérového nekonjugovaného estriolu (AFP, hCG, mikro-E 3), v současnosti se vyvíjí řada dalších markerů, jako sériový těhotenský placentární protein A (MS-PAPP-A, material serum pregnancy associated plasma protein A), beta-core hCG ap.

Při těhotenství se provádějí některé invazivní metody, o jejichž riziku je třeba pacientky a s jejich souhlasem i partnery informovat. Je to amniocentéza, biopsie choria, placentocentéza, kordocentéza, fetoskopie, diagnostické odběry fetálních tkání (krev, kůže, obsah tělních dutin). Důvodem ke genetickému screeningu má být riziko závažného postižení plodu. Indikace k invazivním metodám musí být opodstatněné: vyšší věk rodičky při genetické zátěži, vrozené poruchy metabolismu, balancované chromosomální translokace u rodičů, suspektní – ultrazvukové – nálezy, oligopolyhydramnion, izoimunizace Rh, předchozí porod s chromosomální aberací, matka je nositelka fragilního chromosomu X ap. Bez ohledu na rozvoj medicíny a většinový názor vlastní rozhodnutí o výkonu náleží ženě.

V případech tzv. fetální chirurgie se dějí veškeré, namnoze ve výsledcích riskantní výkony až po důkladném poučení pacientky a podpisu speciálního reversu. Jsou to intrauterinní výkony u vrozené obstrukce močových cest, u hydrocefalu, hydrotoraxu, ascitu, cyst, tracheální obstrukce atd. Řada výkonů je ve stadiu počátečního výzkumu. Nejvíce sporné jsou z medicínského pohledu problémy léčby hydrocefalu, a to nejen intrauterinně, ale i po narození.

V monografii »Diagnostika syndromů a malformací« uvádí J. Žižka 221 klinických jednotek. V prenatalní diagnostice se uplatňuje zejména ultrazvuk, vyšetřování chromosomů po amniocentéze, méně často rtg, vyšetření choria, fetoskopie, biopsie plodu. U 52 syndromů není dosud vypracována jejich detekce v prenatalním období. Vedle etiologie genetické je nutné počítat se sdruženými příčinami, event. s teratogenními činiteli.

Provedení testů nezajišťuje plnou bezpečnost pro další zdárný vývoj plodu, ale údaje mohou orientovat lékaře i pacientku o zbytkovém riziku. Rizika těchto výkonů rostou u nezkušených týmů, při infertilitě, při příznacích hrozícího potratu. U zkušených týmů činily fetální ztráty 0,47 %. Pokud porodník neprovede alespoň 10 vyšetření týdně, přestávají být takové metody bezpečné a neměly by být prováděny kromě amniocentézy na malých odděleních. Proto jsou u těhotných prováděna vyšetření, která mají odhalit vývojové vady. Jsou to testy AFP, hCG, na které navazuje vyšetření UZ, odběr plodové vody, event. choriové tkáně. U zjištěných vad lze provést přerušeni gravidity i po třetím měsíci gestace na podkladě zdravotní genetické indikace, a to až do 24. týdne těhotenství. Účelem těchto přerušeni těhotenství je zábrana porodu dítěte s vrozenou vadou. Je to eufemistické označení antenatální selekce. Přitom je třeba důsledně seznámit zejména matku s možnými riziky takových vyšetření pro plod. Je třeba počítat s tím, že takové vyšetření představuje pro těhotnou zvýšenou psychickou zátěž.

Lékař je odpovědný za diagnózu vrozených vad, ale metody jejich detekce jsou takové, že dosud nelze postihnout veškeré vývojové vady. O této okolnosti musí lékař pacientku podrobně informovat. Diagnostika se provádí metodami, které se neomezují jen na bio-

chemické vyšetření a ultrazvukové markery chromosomálních aberací. Nezbytné jsou i metody invazivní, při kterých může nastat porušení trvání těhotenství. Genetické postižení může nastat i u zcela zdravých žen s normálním průběhem těhotenství. Proto při dispenzární péči je tato otázka jistě zvažována a přes určitá rizika jsou potřebná vyšetření obdobná, jaká jsou uvedena v Metodickém návodu č. 4/94. Zvláště svízelné jsou případy »vymodlených dětí« u starších, doposud sterilních žen, kdy jde namnoze o graviditu poslední. Lékař spolu s genetikem musí seznámit těhotnou s pravděpodobným rizikem, aby sama nebo ve spolupráci s partnerem učinila rozhodnutí. Selektce podle pohlaví má medicínské oprávnění jedině v případě genetické poruchy vázané na pohlavní chromosomy. Indukovaný potrat je často komplikovaný: krvácení, infekce, trhliny hrdla, emoční zátěž.

Zákonná úprava prenatalní diagnostiky a screeningu neexistuje. Je upraveno umělé přerušení těhotenství, jak bude uvedeno v následujících kapitolách.

Etické aspekty řešení dalšího osudu geneticky ohrožených dětí řeší současně řada studií. Etické osobní problémy nastupují v případě diagnózy, která umožňuje umělé přerušení těhotenství, ale rodiče či rodina k tomu nesvolí. Proto nastává prodlužování existence postižených plodů bez naděje na vyléčení. V případě, že se nezvolí ukončení těhotenství a dojde k porodu postiženého dítěte, může to měnit postoje v rodině. Medicínské hodnocení závažnosti postižení a úvahy o možné reparabilitě nejsou zdaleka vždy jasné, nakonec je třeba každý případ vyhodnocovat spolu s genetikem individuálně. Matkám, které trvají na zachování těhotenství přes informace, že jde o závalu se životem neslučitelnou (např. anencefalus), je nutné věnovat psychickou podporu před porodem i během něj. Pohled na kombinovanou vrozenou vadu může být pro ženu šokující, a proto podle dlouholetých zkušeností hledíme před tím ženu ochránit. Pokud si vysloveně přeje takové dítě vidět, po varování její přání respektujeme. Některé osobně participují při křtu v nouzi. Psychopatickým příbuzným, kteří jsou ochotni tvrdit, že smrt dítěte způsobil porodník, takové dítě ukážeme.

Ženu nelze diskriminovat a vyšetření neprovést, pokud na začátku prohlásí, že v případě malformace nebude žádat o přerušení gravidity. Současně nelze vyloučit, že použité diagnostické metody zaručují porod zdravého plodu, lze jen doložit, že redukují možnost porodu poškozených. Osobní data týkající se genetických poruch mohou být shromažďována a uchovávána jen pro účely lékařské péče, diagnózy či prevence nebo výzkumu a musí být zabezpečena naprostá důvěrnost informací.

Z právního hlediska se potenciální genetické ohrožení plodu jeví jako velice citlivá otázka. Byla podána řada stížností matek a dalších rodinných příslušníků geneticky postižených dětí, a že na možnost takového postižení měli být zdravotnickým zařízením upozorněni, aby se mohli rozhodnout pro umělé přerušení těhotenství. Znalecké komise, které i takové případy projednávaly, pak zhodnotily kvalitu prohlídek při dispensární péči, a pokud při nich nevznikla důvodná obava, že by ke genetickému poškození mohlo dojít, tyto stížnosti byly odloženy.

V jednom známém případě se domáhala matka geneticky postiženého dítěte odškodnění, neboť se domnívala, že k takovému poškození došlo při genetickém vyšetření plodu. Vzhledem k tomu, že nebyla prokázána příčinná souvislost mezi genetickým vyšetřením a postižením, byla žaloba zamítnuta.

V řadě případů je místo stížností volena snaha umístit geneticky postižené dítě do příslušných zařízení, což se dosti daří. Vrozená vada se může stát předmětem nátlaku na lékaře.

Do prenatalní poradny se dostavila žena, která se domáhala interrupce, protože údajně prodělala zarděnky. Vzhledem k pokročilosti těhotenství (16. týden) a riziku pro matku se trvalo na důkazu, že skutečně onemocněla touto infekcí. Nákaza byla vyloučena a žena v termínu porodila. Po dvou letech žalovala lékaře, že cynicky odmítl provést přes upozornění, že prodělala zarděnky, interrupci, a dítě je od narození hluché. Naštěstí lékař provedl při tehdejších vyšetřováních i pečlivou anamnézu, a tam zaznamenal, že sestra a teta pacientky mají vrozenou hluchotu. Advokát, otec žalující, byl upozorněn, že vědomě klamal, a od žaloby ustoupil.

Takové případy jsou varující. Pečlivá anamnéza je při forenzním řízení vizitkou lékaře a různé formy zkrácené, urychlené dokumentace (rodinná anamnéza bezvýznamná, dětské nemoci běžné, vážněji nestonala) pochopitelně lékaře vůbec nechrání. V anamnéze musí být zodpovězeny závažné položky explicitně: vrozené vady, srdeční a cévní choroby, tuberkulóza, psychiatrické poruchy atd., stejně tak alergie, venerické choroby, drogová závislost, kouření atd.

Je vhodné veškeré dotazy, odpovědi, výpovědi, vyšetřování a soudy zapsat. Písemný záznam, lékařská dokumentace je základní při forenzním řešení. Při velkém počtu pacientek si nelze po roce již nic hodnověrně pamatovat. Sebebrilantnější výpověď ex post má vždy menší vypovídací hodnotu než pečlivý záznam zachycující bezprostřední symptomy a rozhodnutí.

Lze doporučit, aby si lékař vytvořil stereotyp takových cílených otázek, stejně tak diagnostických postupů. Péče o ženy musí být pochopitelně individualizovaná, ale není nějakou jedinečnou uměleckou produkcí závislou na kompozici a kondici vyšetřujícího lékaře. Lékař musí pracovat dobře stále – i při únavě, nespavosti, hypoglykémii. To se děje systémem dobrých stereotypních postupů, které zachycují množinu nejpravděpodobnějších poruch.

4.3.5. Přežívající nedonošený plod s vrozenou vadou

Svízelná situace může nastat u indikovaného přerušení těhotenství pro genetickou vadu, kdy se použijí prostředky vedoucí k otevření děložního hrdla a děložním kontrakcím, které vypudí plodové vejce, a kdy je poškozený plod živý a navíc nedonošený. Je otázka, jak se k němu chovat. Z hlediska právního se jedná o potrat, podle reality o předčasný porod poškozeného živého plodu. Takové komplikace vznikají chybou ze strany vyšetřované či zdravotnického zařízení – promeškání vhodného času. Pochopitelně může nastat chyba při určení stáří plodu ultrazvukovým vyšetřením. Pokud se stanoví vrozená vada včas, lze těhotenství ukončit do 24. týdne, kdy je malá naděje na přežití. Pokud nastane pochybení a plod s vadou přežívá,

jelikož je zralejší, než se předpokládalo, nelze jeho život násilně přerušit.

Z minulosti byl známý precedenční případ ještě z padesátých let, kdy lékařka ponechala živého nezralého novorozence bez potřebné pomoci, jelikož ho pokládala za potrat. Byl jí uložen nepodmíněný trest.

V případech, že u vrozené vady je doporučeno přerušení těhotenství a nedonošený malformovaný plod přežívá, je pak vykazován jako porod (viz výše). Praktická je otázka, jak s plodem nakládat. Vědomé usmrcení takového plodu se neslučuje s medicínskou etikou i právem (viz trestný čin vraždy § 219, ublížení na zdraví § 224 tr.z.), takže takové dítě se musí dostat na jednotku intenzivní péče. Někdy je takové dítě ošetřováno a udržováno na životě z důvodů medicínské zajímavosti, např. u srdeční ektopie. Za rozumný kompromis se pokládá poskytnout porozenému plodu základní, nikoli intenzivní péči.

4.3.6. Poškození plodu třetí osobou

Samostatnou skupinu tvoří případy poškození plodu třetí osobou. Případy fyzického násilí se většinou vyskytují u sociálně okrajových skupin především v souvislosti s opilostí, někdy jde o celkové napadení, jindy cílené se snahou poškodit vlastní těhotenství – např. záměrné bití a kopání do břicha, použití střelné zbraně ap. V literatuře figuruje mezi zevními příčinami porušení zdraví těhotné i plodu fyzické násilí způsobené zbitím. Více případů trestních postihů bylo vyvozeno nejen proti manželům těhotných žen, ale i proti osobám, které s těhotnou ženou žily ve společné domácnosti.

Porodník se s takovými jevy setkává většinou tehdy, když provádí na pokyn policie vyšetřování trestného činu, jindy přichází žena sama, někdy zjišťuje tuto okolnost ex post sám lékař, existují i falešná obviňování. Porodník je povinen nejprve zjistit bazální vitální funkce u údajně poškozené a u plodu. V případě podezření na vnitřní krvácení, abrupci placenty postupuje podle povahy onemocnění. Pokud nehrozí urgentní onemocnění, soustředí se na fyzickou stránku

»impaktní zátěže«, na dobu, kdy se poškození událo, přesně na způsob použitého násilí, na udanou tělesnou lokalizaci, množství úderů a jejich sílu, na vnímání lokalizace bolesti, ztrátu vědomí ap. Takový popis nám poskytne vyšetřovaná a svědci. Následuje celkové vyšetření tělesného povrchu, kdy se hledají poruchy celistvosti kůže, zhmožděniny, podlitiny, poranění genitálu, krevní výlevy, zlomeniny, zejména ve vztahu k břichu. Nepřítomnost takových poranění nevylučuje použité násilí, ale ani nepotvrzuje. Při skutečně silných podnětech jsou tyto nálezy však pravidelné. Pro event. soudní řízení mají pak pro znalce platnost jak nálezy pozitivní, tak negativní, což je rozhodné v důkazním řízení pro vyvinění zdravotnického zařízení.

Teprve jako poslední se vyšetřují motivy takového jednání, což může být opilost, trvalá agresivita pachatele, psychopatie, žárlivost, běsnost muže při odmítání sexuálního styku ap. Agresivní jednání se uskutečňuje nejen v době vyšších stupňů těhotenství, ale i v době před třetím měsícem těhotenství. Vzhledem k tomu, že útočníky téměř ve všech případech byly osoby již trestané, byly jim ukládány nepodmíněné tresty.

K posouzení skutku, kdy pachatel činil těhotné ženě násilí s úmyslem poškodit její těhotenství, zaujal zásadní stanovisko Nejvyšší soud ve svém publikovaném rozhodnutí č. 45/1968 Sbírky rozhodnutí a stanovisek. Zde se konstatuje, že »násilné jednání vůči těhotné ženě v úmyslu přerušit bez jejího souhlasu těhotenství vykazuje znaky trestného činu podle § 228 odst. 3 tr.z. – trestného činu nedovoleného přerušení těhotenství, nikoli trestného činu podle § 222 odst. 1 tr.z. – úmyslného ublížení na zdraví – spáchaného vyvoláním potratu«.

V řadě případů těhotné ženy v době, kdy útoky proti jejich plodu začínaly a ještě nedošlo k jeho nezvratitelnému poškození, navštěvovaly příslušné lékaře. Proto bylo zkoumáno, zda lékaři nezanedbali své povinnosti. Gynekolog nemá povinnost bez důvodu vyšetřovat ženy zcela svlečené. Vyšetřuje ponejvíce břicho a zevní genitál, takže žádné odpovědnosti v uvedených případech nebyly vyvozeny.

4.3.7. Ohrožení zdraví těhotné ženy traumaty

V průběhu těhotenství, ať již z vnějších příčin, nebo vzhledem ke konkrétnímu zdravotnímu stavu těhotné ženy, může dojít k různě intenzivnímu ohrožení jejího zdraví.

Vnější příčiny ohrožení zdraví těhotné ženy mohou nastat bez souvislosti s těhotenstvím, např. při úrazech, zejména u dopravních nehod. Pokud v jejich důsledku nedojde k předčasnému ukončení těhotenství, lze uplatnit občanskoprávní náhradu za poškození zdraví.

Úspěšný byl požadavek těhotné ženy, zraněné při pádu na nepospaném chodníku, uplatněný u pražského obvodního soudu, která vedle běžné náhrady škody požadovala další finanční náhradu ve výši 85 tisíc korun za zvýšenou péči o nenarozené dítě a omezení svých běžných pracovních a osobních činností.

Zvláštní je situace u polytraumat, zejména automobilových, kdy po úrazu se těhotné ženy dostávají do péče traumatologa. Nejprve se pochopitelně řeší otázky vitální. Těhotenství je ohroženo otřesem břicha a dělohy, kdy může vzniknout abtorze placenty, roztržení dělohy, její proděravění úlomky kostí či ostrými částmi vozidla. Zasažena bývá frakturami na predilekčních místech pánev, často se vyskytuje vnitřní krvácení z ruptury sleziny a jater. Primární je život matky. U těhotné se doporučuje poloha na poloboku k zabránění syndromu v. cavae, včasná kontrola porodnická, kontrola výskytu fetálních erytrocytů v mateřském oběhu. Při abrupci placenty a následného vzniku DIC se může stát otázka dělohy s děložní apoplexií otázkou klíčovou. Dokumentace policie, hasičů, zdravotní služby a nemocnice nejsou propojené. Doposud u traumat není zajištěna syntetická dokumentace zachycující rychlost vozidel, druh vozidla, způsob srážky (čelní, boční), místo ve voze, kde poranění vzniklo, způsob zabezpečení bezpečnostními pásy či airbagy, zda byla osoba vymrštěna mimo vozidlo, zda bylo nutné vyprošťovat, doba, kdy byla poskytnuta první pomoc, stav zraněné při lékařské pomoci, doba první pomoci lékařské, doba transportu, doba operace od příchodu. Není možné v této multifaktoriální spleti nalézt pochybení a těžko i hledat způsoby zlepšování. U traumat mimo stížnosti

na pozdní dobu příjezdu sanitky se jiné ani příliš nevyskytují, primárně se počítá spíše s úmrtím.

4.3.8. Ohrožení života nebo zdraví ženy těhotenstvím

Z hlediska právních vztahů je situace nepochybná, když těhotenství ohrožuje zdraví ženy, a tato skutečnost je zjištěna do prvních tří měsíců těhotenství. Tehdy má žena právo zvolit umělé přerušování těhotenství ze zdravotní indikace. Přerušování bude provedeno jako součást zdravotní péče.

Pokud takový postup nezvolí, má o odmítnutí interrupce podepsat revers, neboť i v tomto případě se jedná o odmítnutí zdravotní péče.

Konkrétní případ byl projednáván soudem v Polsku, kdy těhotná žena byla upozorněna na riziko porodu geneticky zatíženého jedince. Z důvodů svého náboženského přesvědčení a na základě tamní právní úpravy nebylo provedeno umělé přerušování těhotenství. Po porodu debilního dítěte požadovala náhradu škody za zvýšenou péči o dítě. Nedostatek písemného prohlášení, že o uvedené situaci věděla, byl důvodem, že tamní soud jí náhradu škody proti zdravotnickému zařízení přisoudil.

Je-li ohrožení zdraví ženy v době těhotenství zjištěno později a je-li důvodné nebezpečí, že další těhotenství by jí vážně poškodilo zdraví nebo přivodilo smrt a žena s tím souhlasí, může být těhotenství uměle přerušeno, nebo předčasně ukončeno. Může vzniknout rozporná situace. Přerušením těhotenství interrupcí se rozumí stav, při kterém hyne plod. Těhotenství lze kdykoli ukončit, vyžaduje-li to zdravotní stav matky, plod může přežít, ať se jedná o indukci, porodní činnosti či provedení císařského řezu. Pokud by k takovému stavu došlo v době delší než 26 týdnů těhotenství, jistě se souhlasem ženy, pokusí se zdravotnické zařízení nedonošené dítě porodit a dále o ně pečovat.

Nebyl-li by takový postup možný, pak v souladu s principem prioritní ochrany zdraví a života ženy může být i v takovém případě těhotenství ukončeno.

5. Předčasné ukončení těhotenství

5.1. Obecné problémy

Chtěné těhotenství nemusí být ve všech případech ukončeno porodem donošeného plodu, ale může skončit potratem.

Podle některých autorů potrat (lat. abortus od aborire – hynouti) je každé vypuzení či odstranění plodu před ukončením 26. týdne těhotenství, kdy plod ještě není schopen samostatného přežití. Takové pojetí je odrazem dobového názoru. Pro porozumění starších textů platí definice jiné. Tento pojem zahrnuje jak potrat samovolný (spontánní), tak i potrat umělý (interrupci) včetně potratu kriminálního. Podle jiných, zejména starších autorů, je abortus definován jako potrat, předčasný porod do 7. měsíce těhotenství a rozdělován na potrat vyprovokovaný, úmyslný v lékařsky odůvodněných případech a potrat kriminální.

Z právního hlediska je potratem každé předčasné ukončení těhotenství před porodem plodu. Tedy i kriminální případy, kdy ukončení těhotenství je vyvoláno jinou trestnou činností, než která je uvedena v § 227 až § 229 trestního zákona, zejména ublížením na zdraví těhotné ženě jinou osobou, přímo však nesměřující k vyvolání ukončení těhotenství. Umělým přerušением těhotenství – interrupcí – jsou pak jen případy, které jsou upraveny samostatným zákonem č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství. Mezi tyto případy jsou z právního hlediska zahrnuty i postupy, které vedou k nedovolenému přerušení těhotenství, dříve nazývané kriminální potraty. Jejich skutkové podstaty jsou uvedeny v ustanovení § 227 až § 229 trestního zákona.

Proto při používání pojmů potrat, umělé přerušeni těhotenství, interrupce, spontánní přerušeni těhotenství je rozhodující, zda tyto pojmy jsou používány z lékařského nebo z právního hlediska.

Vzhledem k zaměření této publikace bude rozlišování mezi potratem a umělým přerušeni těhotenství – interrupcí – odpovídat současné právní úpravě.

Jako potrat budou především označovány případy spontánního samovolného ukončení těhotenství, kdy příčinou tohoto stavu je alterovaný zdravotní stav ženy, nebo porušený vývoj plodu.

V takových případech nelze obecně uplatnit trestní odpovědnost ošetřujícího lékaře. Pouze v případě, kdy by uvedený stav zjistil v době dispenzární péče a nijak by na něj medicínsky nereagoval, bylo by možné uvažovat o jeho trestní, případně pracovněprávní, event. disciplinární odpovědnosti. Občanskoprávní odpovědnost by pak neslo zdravotnické zařízení, u kterého by byl lékař zaměstnán, nebo pro které by vykonával zdravotní péči. Pokud by pracoval ve vlastním zdravotnickém zařízení, pak by nesl i občanskoprávní odpovědnost. V případě krváčení během těhotenství v současné době rozhoduje výsledek vyšetření ultrazvukem. Při vitálním plodu se postupuje konzervativně, při mrtvém plodu instrumentální revizí.

Dále budou potratem nazývány případy, kdy potrat je vyvolán jak vnějšími vlivy, např. pády nebo úrazy těhotných žen, tak i jejich kriminálními napadeními, která jsou mnohem vzácnější. V tomto případě má zvýšenou trestní odpovědnost přímá odpovědná osoba, např. za neposypané náledí na chodníku. Ta má také občanskoprávní odpovědnost, která ve většině případů bývá kryta uzavřenou pojistkou. Proto je na ženě, která úraz utrpěla, aby odpovědnou osobu včas zpravila o vzniklé škodě tak, aby škoda mohla být v poměrně krátkých lhůtách podle konkrétních pojistných podmínek uhrazena. Pokud by totiž takto škoda nebyla vyrovnána, hrozí nebezpečí zdlouhavého uspokojování oprávněných hmotných odškodnění. U kriminálních napadení je jasná jak trestněprávní, tak i občanskoprávní odpovědnost pachatele takového trestného činu.

V žádném případě za vyvolání nějaké formy potratu, např. za úmyslné pády s cílem vyvolat potrat, nemůže být postižena těhotná žena.

Pro úplnost nutno dodat, že je teoretická možnost požadovat na těhotné ženě, která se pokusí o potrat a poškodí se na zdraví, finanční náhradu. Tato možnost totiž vyplývá z ustanovení § 55 odst. 1 platného zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Při takovém léčení ženy jistě dojde ke zvýšeným nákladům na zdravotní péči, a proto příslušná zdravotní pojišťovna, u které byla těhotná žena zdravotně pojištěna, má nárok na uplatnění náhrady škody. Vzhledem k současné praxi, kdy takové případy nejsou oznamovány, k těmto uplatněním náhrady škody nedochází.

K pokusu o vyvolání potratu může dojít z příčin zcela neznámých nebo záměrně ošetřujícím lékařem nesdělených. V takových případech bude záležet na vedené zdravotnické dokumentaci, která pak bude jediným důkazem pro zjištění, že zdravotnické zařízení ani zde nic nezanedbalo.

Z ostatních forem potratů nelze opomenout případy opakujících se potratů (habituální potraty), jejichž příčinou je většinou trvalá změna na gynekologických orgánech, po které je třeba před dalším otěhotněním pátrat. V takových případech je rozhodná znalost zdravotnické dokumentace, která by měla být včas předávána mezi ošetřujícími a dalšími odbornými lékaři. Vzhledem k tomu, že uvedený stav je mnohde považován za určitý nedostatek ženy, ta tuto skutečnost v řadě případů neuvede.

Proto prvním požadavkem odvrácení případné právní odpovědnosti je, aby ošetřující lékař zjistil u ženy, kterou přebírá do své péče, časový sled těhotenství, s uvedením jaké bylo ukončení (spontánní, operativní, předčasný porod, potrat, interrupce, vrozená vada apod). To je totiž významné jak pro urychlené vyžádání odpovídající zdravotnické dokumentace, tak pro odpovídající další péči, a jako její součást i odpovídající poučení. Předávání dokumentace bylo záležitostí choulostivou; protože nebyla vždy vrácena, dělaly se výtahy, kde mohly důležité údaje chybět. Xeroxové kopie ulehčují práci s tím spojenou. Lékař se může hájit, že poslal nejdůležitější údaje, posouzení důležitosti se však někdy objeví až ex post. Prevencí možného postihu je předávání co nejpodrobnější autentické dokumentace.

Po prodělaném samovolném potratu má lege artis nastat vyšetření a léčba ještě před dalším otěhotněním.

Z možných forem právní odpovědnosti nepřichází v úvahu při nedodržení uvedeného postupu odpovědnost trestní. Komplikované, i když spíše teoreticky možné by bylo uplatnění občanskoprávní objektivní odpovědnosti, ovšem za předpokladu, že by mezi jedním zdravotnického zařízení a škodou byla příčinná souvislost.

Nepředání zdravotnické dokumentace nebo průtahy s jejím předáním a konečně její nedostatečné vedení může znamenat pro konkrétního lékaře porušení pracovněprávních povinností. Pokud by došlo k tomu, že dřívější ošetřující lékař nebo jiný odborný pracovník neinformoval příslušného gynekologa jako registrujícího lékaře o uvedených skutečnostech, porušil by tím ustanovení § 21 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

I když z obecného hlediska může k potratu dojít ihned po otěhotnění, obecnou dolní hranicí těhotenství, za kterou k potratu dochází, je doba 1 měsíc po otěhotnění. Tato hranice sice není nikde právně vyjádřená, ale odpovídá současné praxi v návaznosti na postupy obecně nazývané regulace menstruace.

Dlouhodobé spory se vedou o horní hranici těhotenství, kdy se ještě jedná o potrat a kdy již o porod. Tato hranice byla dosud určována dobou, po kterou se u předčasných porodů obvykle podařilo dítě zachovat při životě. Proto od základní doby osmi měsíců tato hranice klesala na 28 a až na současných 26 či 24 týdnů po otěhotnění. Dojde-li k potratu v období od 1 měsíce do 24 týdnů těhotenství, skutečnost, že se jedná o potrat, je nepochybná. Dalším rozlišujícím kritériem byla hmotnost plodu. Pokud plod nedosáhl hmotnosti 1 kg, při předčasném porodu byla možnost jeho zachování nejistá. Současný stav však je takový, že se podařilo udržet při životě děti s extrémně nízkou hmotností pod 800 g.

Protože uvedená situace může jen výjimečně nastat jako akutní stav, rozhodnutí, zda bude dítě porozeno před 24. týdnem, nebo zda bude proveden potrat v tomto stadiu, je odbornou medicínskou otázkou. Pokud by k takovému postupu mělo dojít na věcně i personálně nevybaveném pracovišti a při neúspěchu by byla podána stíž-

nost, byl by takový postup přezkoumán příslušnou znaleckou komisí. Ta zvažuje především splnění odborných předpokladů, a pokud by shledala, že zvolený postup byl jedním z možných, jistě by nenařadila vyvození právní odpovědnosti.

5.2. Umělé přerušení těhotenství

5.2.1. Základní přístupy

V současné době lze konstatovat, že předčasné ukončení těhotenství potratem nese s sebou především medicínské problémy. Naproti tomu umělé přerušení těhotenství, zvláště když mezi touto právní kategorií jsou zahrnuty i »kriminální potraty«, má především právní problémy. Praxe umělého přerušení těhotenství, ať již formou tzv. miniinterrupcí nebo interrupcí, je medicínsky zvládnutá a mimo ojedinělé případy k odborným pochybením nedochází.

Naproti tomu právní úpravy umělého přerušení těhotenství prodělaly svůj dosti obtížný vývoj a ani v současné době neexistuje mezinárodně sjednocený názor.

Z historického hlediska vývoj interrupcí prošel od přísných zákazů a hrdelních trestů těch, kteří takové úkony prováděli, nebo – i když z dnešního hlediska zcela neúspěšnými formami – se o umělé přerušování těhotenství pokoušeli, k současným moderním úpravám, respektujícím právo svobodného rozhodování ženy o svém těhotenství.

Novověk, zejména konec 19. století, přinesl první průlom, které nebyly ani tak odvozeny od úrovně poznatků tehdejší lékařské vědy, ale byly odůvodněny společensky. Proto nejdříve byly potraty povolovány po znásilnění.

V dalším vývoji zejména ve druhé polovině 20. století došlo k tomu, že v některých případech bylo uznáno, že donošení dítěte je společensky neúnosné. Přitom na prvním místě se jednalo o těhotenství duševně zaostalých nebo nesvéprávných žen a později, zejména po druhé světové válce, k tomu přistoupila nutnost ukončovat těhotenství ze společenských, ale zejména sociálních důvodů.

Takový stav postupně vykrytalizoval v druhou základní formu, kdy rozhodování o připuštění umělého přerušení těhotenství bylo svěřeno komisím různého složení a nadaným různou pravomocí.

Moderní společnost pak přinesla do této problematiky nový zásadní prvek, který se v souladu s proklamací základních práv žen promítl i do prosazení práva svobodně se rozhodovat o těhotenství, zejména zda má být ukončeno porodem.

V současném světě lze jako prvou skupinu přístupů k umělému přerušení těhotenství označit jen ojedinělý a více méně jen církevními kruhy podporovaný názor, aby umělé přerušení těhotenství nebylo připuštěno ani u případů znásilnění, tím méně u nechtěných těhotenství. Pokud jsou takové přístupy spojovány i s odmítáním antikoncepce, jsou většinou společností odsuzovány. To vede k některým agresivním činům zastánců uvedených přístupů, které zcela nepochopitelně vyústily v létě roku 1997 v USA v některé útoky proti zdravotnickým zařízením, kde se údajně umělá přerušení těhotenství měla provádět. S prosazováním některých takových názorů, byť i různě modifikovaných, se můžeme setkat i v současném Polsku, kde je podporují nejen církevní hodnostáři, ale i některé přední političky.

Dostí velký počet zastánců má střední skupina přístupů k umělým přerušením těhotenství, která rozhodování těhotných žen o tom, zda chtějí dokončit své těhotenství porodem, omezuje projednáním v různých komisích nebo sborech, které k interrupcím dávají souhlas. Je určitým pokrokem, když v takových komisích zasedají odpovědní lékaři, ale jejich hlas bývá často osamocen proti jiným různě motivovaným názorům. Společenský přínos těchto úprav je prokazován zejména nízkými počty povolených umělých přerušení těhotenství, nikoli však ovlivněním celkového populačního vývoje a sociálními důsledky u případů, kdy interrupce nebyla povolena.

Konečně třetí základní skupina přístupů k umělému přerušení těhotenství vychází, jak již bylo uvedeno, z realizace práva žen na svobodné rozhodování o dokončení svého těhotenství. V těchto případech, což odpovídá i naší právní úpravě, je rozhodování svěřeno těhotné ženě. Nejde však o její úplnou libovůli, neboť jsou-li zjiště-

ny medicínské kontraindikace, příslušný lékař provedení umělého přerušeni nepovolí.

5.2.2. Zákonná ustanovení

Umělé přerušeni těhotenství je upraveno v České republice zákonem č. 66/1986 Sb., o umělém přerušeni těhotenství. Tento zákon nahradil zákon č. 68/1957 Sb., který již v roce 1957 prolomil přísný zákaz provádění interrupcí, který do uvedené doby platil na území Československa s výjimkou ohrožení života ženy a otěhotnění následkem znásilnění.

Zákon č. 68/1957 Sb. vycházel z principu, že písemnou žádost podávala těhotná žena, která musela uvést zdravotní nebo sociální důvody své žádosti. Komise důvody posoudila, měla rozhovor se žadatelkou, při kterém se jí snažila od záměru podstoupit umělé přerušeni těhotenství odvrátit.

Ukázalo se zcela nepochybně, že mimo slovní ujištění o pomoci nebylo v silách komise řešit základní a žadatelkami nejčastěji uváděný důvod pro umělé přerušeni těhotenství, tj. bytovou tíseň.

Celkové výsledky jednání komisí, které odmítaly jen zcela nepatrné procento žádostí, ale i současný světový vývoj vedly k tomu, že v roce 1986 byl přijat dosud platný zákon o umělém přerušeni těhotenství.

Ve svých úvodních ustanoveních uložil právní povinnost předcházet nežádoucím těhotenstvím. Vzhledem k tomu, že za realizaci zde uvedených prostředků (tj. výchovu k plánovanému rodičovství v rodině i ve škole a zdravotnických zařízeních a výchovné působení v oblasti sociální a kulturní, a využívání prostředků k zabránění otěhotnění) nestanovil však žádné sankce, proto uvedené ustanovení zejména v současné době nelze hodnotit jinak než jako proklamativní.

Dále stanovil, že antikoncepční prostředky užívané ženami jsou pouze na lékařský předpis a mají být poskytovány bezplatně.

Toto ustanovení, jistě dobře míněné vzhledem k odpovědnosti zdravotnických zařízení za vedlejší účinky perorální antikoncepce,

vedlo k tomu, že bylo vyvoláno několik sporů o náhradu škody, pokud se žena domnívala, že byla předepsaným perorálním antikoncepčním prostředkem poškozena. Pokud by se prokázala příčinná souvislost, pak by odpovědnost zdravotnického zařízení byla neodvratitelná.

V citovaném ustanovení je v podstatě rozšířena povinnost dispenzární péče o těhotné i o ženy, které používají antikoncepční prostředky. Přestože v tomto případě poskytování i uvedené péče je bezplatné, za nerozpoznané poškození zdraví ženy mohou být vyvozeny občanskoprávní důsledky.

Vedle uvedených obecných, ale nesankcionovaných ustanovení citovaný zákon o umělém přerušení těhotenství výslovně stanoví právní povinnost ženským lékařům v zařízeních, kde se provádí přerušení těhotenství, poučit ženu o možných zdravotních důsledcích umělého přerušení těhotenství a o způsobu používání antikoncepčních metod a prostředků.

Zákon v podstatě svobodné rozhodování těhotné ženy omezuje jedinou možností, tj. zdravotní kontraindikací. Proto § 1 vyhlášky č. 75/1986 Sb., kterou se provádí zákon o umělém přerušení těhotenství, zní:

Za zdravotní důvody, pro které nelze na žádost ženy uměle přerušit těhotenství (kontraindikace), se považují:

- a) zdravotní stav ženy, kterým se podstatně zvyšuje zdravotní riziko spojené s umělým přerušením těhotenství, zejména zánětlivá onemocnění;*
- b) umělé přerušení těhotenství, od něhož neuplynulo 6 měsíců s výjimkou případů, kdy:*
 - 1. žena alespoň dvakrát rodila,*
 - 2. žena dovršila 35 let věku,*
 - 3. je důvodné podezření, že žena otěhotněla v důsledku trestné činnosti, která vůči ní byla spáchána.*

Přítom je současně stanoven postup, jak závěry o kontraindikaci umělého přerušení těhotenství lze přezkoumat.

Prvým závažným problémem je omezení zákonného provedení umělého přerušení těhotenství na dvanáct týdnů. Délka těhotenství

se počítá v dokončených týdnech počínaje prvním dnem poslední menstruace. V praxi se vyskytlo více názorů, že uvedená doba je příliš krátká, zejména u případů geneticky postižených dětí, a postupně byly uplatňovány požadavky na prodloužení lhůty, do kdy lze provést umělé přerušeni těhotenství, v extrémních případech až na dobu rovnající se 28 týdnům těhotenství.

Uvedené požadavky nejsou namístě. Citovaný zákon o umělém přerušeni těhotenství z možností ukončení těhotenství řeší především případy, kdy o ukončení svého těhotenství požádá sama žena z různých společenských, sociálních nebo i zdravotních důvodů. V takovém případě se jedná na základě žádosti těhotné ženy a provedení umělého přerušeni těhotenství musí být povoleno s jedinou výjimkou, totiž kdyby výkonu bránil zdravotní stav ženy. Možné případy kontraindikací jsou citovány v § 1 prováděcí vyhlášky č. 75/1986 Sb. Diskutovaný interval 6 měsíců od poslední interrupce byl zmírněn řadou výjimek, zejména u žen starších 35 let. V uvedeném případě je žádost těhotné základním právním předpokladem pro provedení odpovídajícího výkonu ve zdravotnickém zařízení. Je právně nerozhodné, zda žádost podá žena podle svého rozhodnutí, nebo po poučení lékařem. Jen pro tento postup platí omezení pro umělé přerušeni těhotenství do 28. týdne těhotenství.

Zákon o umělém přerušeni těhotenství souhlasně se zákonem o péči o zdraví lidu však počítá i s případy, kdy rozhodnutí o provedení interrupce není jen na svobodném rozhodnutí ženy, ale kdy potřeba uměle přerušit těhotenství může být odůvodněna ohrožením života nebo zdraví těhotné ženy, ohrožením zdravého vývoje plodu nebo jestliže jde o geneticky vadný vývoj plodu. V takovém případě musí být vyšetření, které zdůvodňuje některou z uvedených situací, bezpečně popsáno ve zdravotnické dokumentaci a odpovídajícím způsobem ověřeno. Protože v tomto případě se jedná o kvalifikované zdravotní důvody pro umělé přerušeni těhotenství, je zde namístě souhlas těhotné ženy, a to v případě, kdy k takovému postupu dalo podnět samo zdravotnické zařízení. Provedení umělého přerušeni těhotenství z podnětu těhotné ženy přichází v úvahu jen tehdy, pokud se zdravotní důvody potvrdí.

Lhůty pro provedení umělého přerušeni těhotenství ze zdravotních důvodů nejsou zákonem předepsány a je na konkrétním posouzení porodníka, kdy dojde k interrupci, nebo zda bude plod porozen.

V praxi se vyskytují případy, kdy je zdravotnickým zařízením objektivně zjištěno, že otěhotnění nebo další trvání těhotenství ohrožuje život nebo zdraví ženy nebo zdravý vývoj plodu, nebo že byl zjištěn geneticky vadný vývoj plodu. V takovém případě je povinností zdravotnického zařízení s konkrétními skutečnostmi těhotnou ženu seznámit a dát podnět k tomu, aby bylo její těhotenství uměle přerušeno. Pokud je žena s uvedenou skutečností seznámena, a přesto k provedení umělého přerušeni těhotenství nedá souhlas ani podnět, musí o tom vydat písemné prohlášení – revers. V něm by mělo být uvedeno, že žena byla seznámena se zjištěními zdravotnického zařízení, že byla poučena o konkrétních zdravotních rizicích, a přesto odpovědně prohlašuje, že k provedení umělého přerušeni těhotenství nedává souhlas či podnět.

Podrobně je stanoven postup projednávání žádostí, které žena podává u lékaře příslušného podle místa jejího trvalého pobytu, nebo místa pracoviště, nebo školy. Alternativní příslušnost pak jistě mohla vést k tomu, že ve více případech bylo umělé přerušeni těhotenství povoleno v lhůtách kratších, než které jsou vyžadovány z medicínského hlediska.

Při podání žádosti je zdůrazněna povinnost poučení, a pokud i po poučení žena na provedení umělého přerušeni trvá a interrupci nebrání její zdravotní důvody, lékař určí, které zdravotnické zařízení výkon provede.

Určité obtíže s určováním zdravotnického zařízení, kde má umělé přerušeni být provedeno, jsou překonány po výnosu Ministerstva zdravotnictví, že lékař, kterému brání náboženské nebo etické důvody provádět umělá přerušeni těhotenství, k takovým výkonům nesmí být svým primářem nebo přednostou určován.

Právní úprava pamatuje i na případy, kdy žádost ženy o umělé přerušeni těhotenství včas podaná je odmítnuta. Je stanoven poměrně podrobný postup, jak má být závěr o nepovolení umělého přerušeni těhotenství přezkoumán, přitom zcela důvodně je zdůrazněna rychlost takového projednání.

5.2.3. Komplikace při interrupci a v jejím důsledku

Interrupce jako každý operační výkon nese s sebou riziko anesteziologické příhody, embolie, krvácení a infekce. Závažnost výkonu roste s pokročilostí gravidity a poruchami zdravotního stavu, které jsou pravděpodobnější u žen starších. Komplikace interrupce se týkají vlastního provedení výkonu. Při jeho provádění může nastat např. roztržení děložního hrdla, perforace – proděravění dělohy při dilataci děložního hrdla sondou, kyretou, kanylou pro vakuumexhausci. Toto nebezpečí roste u žen, u nichž se v anamnéze vyskytují císařský řez, zejména opakovaný, operace na děložním hrdle i těle, stavy po opakovaných nitroděložních výkonech ap. Případné poranění pochopitelně značně zvyšuje míru nebezpečí, protože vyžaduje revizi laparoskopickou, někdy laparotomickou s dalšími operačními výkony až po hysterektomií, nutnost podávat transfúzi, zavedení antibiotické léčby atd.

Zavedení miniinterrupcí počet těchto komplikací snižuje, ale nevylučuje. Další komplikace jsou spojené s rozvojem lokálního zánětu, poškozením sliznice, event. s uzávěrem vejcovodů a sekundární sterilitou.

Často lze pozorovat krvácení po výkonu, někdy až za několik dnů, a následné provádění revize dutiny děložní pro rezidua – zbytky plodového vejce, někdy jen zbytnělé sliznice – deciduy.

Vzácnější bývá příhoda, při níž se provede vakuová aspirace a těhotenství se dále vyvíjí. Může jít o dvojče, jindy se nezdařilo aspirovat plodové vejce. Po miniinterrupci je proto nutná gynekologická kontrola, která by takovou příhodu diagnostikovala, a ústav by potom zajistil opakování výkonu. Existují případy, kdy se ženy na kontrolní vyšetření nedostaví a gravidita po takové nedokonalé aspiraci pokračuje zdárně až do porodu. Přesto odpovědnost nese zdravotnické zařízení.

Interrupce není mimo lékařské indikace výkonem, ke kterému by odpovědný porodník zdravou ženu přemlouval – opak je pravdou. S možnými komplikacemi, které jsou daní za provedený výkon, předem ženy seznamuje nejlépe připravenými reversy.

Nebezpečí hrozí při případné komplikaci na pracovišti, kde není potřebné zázemí, mimo nemocniční zařízení.

V současné době se v praxi vyskytlo několik případů požadavků na odškodnění bolestného a ztížení společenského uplatnění, podaných v souvislosti s nedostatky při provedení umělého přerušeni těhotenství.

Bylo podáno trestní oznámení na konkrétního lékaře v jistém městě, který si při interrupci počínal tak neopatrně, že vážně poškodil dělohu těhotné ženy, způsobil silné krvácení, které se sice podařilo zvládnout, ale celý výkon zanechal trvalé následky, mezi jiným i trvalou neschopnost ženy otěhotnět. Trestní stíhání bylo zakončeno odsuzujícím rozsudkem k podmíněnému trestu, jež napadli příbuzní poškozené ženy, kteří současně podali celou řadu stížností na Ministerstvo zdravotnictví i další orgány.

Občanskoprávní řízení o náhradu škody dosud není skončeno.

Konečně byly podány stížnosti na nesprávně provedená umělá přerušeni těhotenství proto, že po jejich provedení nastala u ženy prokazatelná neplodnost.

U okresního soudu v bývalém krajském městě byla podána žaloba na zdravotnické zařízení, které údajně neprovedlo umělé přerušeni těhotenství s náležitou odborností, neboť v dalším životě ženy byla zjištěna její neplodnost zaviněná předchozím umělým přerušeni těhotenství.

Ve věci byli vyslechnuti znalci, kteří potvrdili, že postup při umělém přerušeni těhotenství byl odborně správný a nedošlo k žádné chybě. Přesto žalovanému zdravotnickému zařízení hrozilo, že vzhledem k jeho objektivní odpovědnosti, což si znalci zřejmě neuvědomili, bude stanovena povinnost uhradit několikasettisícovou škodu.

Důkladným soustředěním zdravotnické dokumentace bylo zjištěno, že mezi provedeným umělým přerušeni těhotenství a vzniklou neplodností není příčinná souvislost, neboť neplodnost vznikla z jiných příčin.

5.2.4. Umělé přerušeni těhotenství mladistvých

Samostatnou problematiku tvoří případy umělých přerušeni těhotenství mladistvých, tj. jednak osob mladších šestnácti let, jednak

osob starších šestnácti let, ale mladších než osmnáct let. V obou případech je respektován názor mladistvé, a pokud sama žádost o umělé přerušení těhotenství nepodá, je jeho provedení vyloučeno.

Pokud žádost podá osoba mladší než šestnáct let, může být zdravotnickým zařízením přijata jen tehdy, pokud s ní vysloví souhlas zákonný zástupce nebo ten, jemuž je mladistvá svěřena do výchovy. Stejný postup je stanoven i pro případy, kdy k umělému přerušení těhotenství má dojít ze zdravotních důvodů, tedy nejen z důvodů uvedených v § 4 zákona o umělém přerušení těhotenství, ale i v ustanovení § 5 citovaného zákona. Přes počáteční obavu o důsledcích seznamovat rodiče s rozhodnutím mladistvých zkušenosti ukázaly, že kromě několika výjimek nebyly obavy namístě.

U mladistvých mezi šestnácti a osmnácti lety má zdravotnické zařízení povinnost o provedení umělého přerušení těhotenství vyrozumět jejich zákonné zástupce.

Otec sedmnáctileté dívky podal stížnost na Ministerstvo zdravotnictví, v níž uvedl, že byla porušena jeho rodičovská práva tím, že bylo provedeno umělé přerušení těhotenství jeho dceři a on o úkonu, který v konkrétním případě přesahoval rozumovou schopnost jeho dcery, byl vyrozuměn až dodatečně, a to ještě se značným zpožděním. V tom spatřoval závažné opominutí svých rodičovských práv. Stížnost byla jako nedůvodná s odkazem na ustanovení § 6 odst. 2 zákona č. 66/1986 Sb. odmítnuta. Vyvolaný občanskoprávní spor skončil zamítnutím návrhu otce na vyslovení neplatnosti provedení umělého přerušení těhotenství jen na základě žádosti jeho dcery, tedy s opomenutím jeho rodičovských práv.

5.2.5. Těhotenství mentálně postižené ženy

Při každém těhotenství mentálně postižené ženy zbavené způsobilosti k právním úkonům je doporučeno vždy provést genetické vyšetření, jehož doporučený obsah je uveden v Metodickém návodu č. 4/1994 Věstníku Ministerstva zdravotnictví k poskytování zdravotní péče mentálně postiženým občanům pod bodem 9.

Jak již bylo zmíněno, má samostatnou úpravu přístup k umělým přerušením těhotenství nejen u mladistvých, ale i u mentálně postižených žen. U nich je především obava o genetické narušení dítěte, a proto je stanoveno, že součástí genetického vyšetření u mentálně postižené ženy mohou být zejména:

- a) *amniocentéza s odběrem plodové vody, genetickým vyšetřením epitelii plodu a biochemickým vyšetřením plodové vody,*
- b) *fetoskopie spojená s odběrem plodové vody a tkáně plodu k biochemickému vyšetření plodové vody a ke kultivaci a genetickému vyšetření tkání plodu,*
- c) *transcervikální nebo transabdominální odběr choriových klků k cytogenetickému vyšetření tkání plodu.*

Dále se u těhotné mentálně postižené ženy doporučuje provést:

- a) *dvakrát screeningové vyšetření pomocí ultrazvuku, a to v 18.–20. týdnu a v 30.–32. týdnu gravidity. Při poškození se indikuje ultrazvukové vyšetření,*
- b) *vyšetření na hladinu protilátek proti zarděnkám.*

Při zjištění vrozené vývojové vady plodu je nutné seznámit mentálně postiženou ženu a jejího zákonného zástupce s rozsahem postižení a s riziky, která dané postižení plodu přinese pro nenarozené dítě, a s možnostmi umělého přerušení těhotenství.

I zde má platnost jen žádost schválená opatrovníkem.

V jednom okresním zdravotnickém zařízení bylo provedeno umělé přerušení těhotenství dvacetisedmileté ženě, která měla omezenou způsobilost k právním úkonům a byla v léčení v psychiatrickém zařízení. Zde po styku se spolupacientem otěhotněla. Její žádost srozumitelně podaná však nebyla doložena souhlasem jejího opatrovníka prostě proto, že se jméno takové osoby ani u soudu, ani u okresního úřadu nepodařilo zjistit. Proto pro časovou tíseň bylo její těhotenství uměle přerušeno.

Později se do psychiatrické léčebny dostavila příbuzná ženy, která po zjištění, že bylo provedeno umělé přerušení těhotenství bez souhlasu opatrovníka, podala stížnost na postup jak psychiatrické léčebny, tak i zdravotnického zařízení, kde byla interrupce provedena.

Stížnost byla shledána důvodnou. Na tomto základě příbuzná požádala příslušný soud o sepsání návrhu na finanční náhradu vzniklé škody. Byla však odmítnuta pouze proto, že nevyčkala ustavení opatrovníka a nedokázala uvést, jaká škoda vlastně vznikla. Proto bylo její podání zamítnuto.

5.2.6. Finanční úhrada

Výčet zejména právních problémů souvisejících s umělým přerušením těhotenství by nebyl úplný, kdyby nebylo zaujato stanovisko k některým názorům vyjádřeným zřejmě Ministerstvem financí, uvedeným např. v Metodickém návodu Ministerstva zdravotnictví o finanční úhradě umělého přerušeni těhotenství. V tomto dokumentu je použit při stanovení konkrétních cen pojem umělé ukončení, tedy nikoli přerušeni těhotenství. Zastánci uvedeného názoru tvrdí, že těhotenství jako fyziologický děj nelze přerušit, tedy vyvolat takový stav, který by mohl být někdy v budoucnosti odstraněn, a pak by došlo k pokračování těhotenství. Takový je obecný výklad pojmu přerušeni, který vyplývá jak z jeho obecného významu, tak i z toho, jak je uvedený pojem používán v jiných zákonných textech.

Přesto však se pojem umělé přerušeni těhotenství tradičně používá. Protože má svoji právní úpravu, je pojmem legálním a je jedním z odlišujících znaků od samovolných potratů. Zákon o umělém přerušeni těhotenství připustil, aby za provedení umělého přerušeni těhotenství podle § 4, tedy v případech, kdy je těhotenství přerušováno na žádost ženy, vybíralo zdravotnické zařízení příplatek.

Podle současné právní úpravy se vybírá úhrada. Její výše je odstupňována podle toho, zda se jedná o miniinterrupci, tj. o umělé přerušeni těhotenství do 8. týdne těhotenství. Miniinterrupce jsou preferovány i z hlediska určitého omezení rizik doprovázejících umělé přerušeni těhotenství. Ostatní úhrady se pak odlišují podle typů zdravotnických zařízení, kde se interrupce provádějí. V případech přerušeni těhotenství podle § 5 interrupčního zákona, tj. provedení interrupce ze zdravotních důvodů, by takový příplatek neměl být vybírán.

V současné době jsou úhrady za umělá přerušení těhotenství pravidelně upravovány cenovými výměry Ministerstva financí, kde jsou výkony související s umělým přerušением těhotenství označovány jako výkony provedené v osobním zájmu fyzických osob. Proto za vyšetření před umělým přerušением (ve výměru je uvedeno ukončením) těhotenství, za provedení umělého přerušení (ukončení) těhotenství, za hospitalizaci a za kontrolní vyšetření lze vybírat příplatky. Zdálo by se, že problémy s umělým přerušováním těhotenství vzhledem k poměrně dlouhé době platnosti jak základního zákona, tak i prováděcí vyhlášky by neměly nastat. Uvedené právní předpisy lze aplikovat i na současné podmínky zdravotnictví, neboť nerozlišují mezi státními a nestátními zdravotnickými zařízeními a výkon umělého přerušení těhotenství svěřují jen lůžkovému zdravotnickému zařízení.

Proto určitým překvapením byla zpráva v tisku, že jeden severomoravský lékař prováděl umělá přerušení těhotenství mimo lůžkové zdravotnické zařízení a byl za to trestně stíhán.

Zcela logicky bylo trestní stíhání zastaveno, a pokud nedošlo k jiné škodě, nelze očekávat, že bude podána nějaká úspěšná občanskoprávní žaloba. Přesto tento způsob provádění umělých přerušení těhotenství není v souladu se současnou právní úpravou, a proto není vyloučeno, že dojde k administrativnímu postihu nebo k postihu Českou lékařskou komorou.

5.2.7. Umělé přerušení těhotenství cizinkám

Tradičně značné problémy vznikají při provádění umělých přerušení těhotenství cizinkám. Tento stav je výsledkem nejen nesjednocených právních úprav interrupcí v okolních i ve vzdálených státech, ale i společenské důvody, které vedou cizinky, aby si umělá přerušení těhotenství daly provést v jiném státě. Uvedený jev, který se označuje jako »interrupční turistika«, se dotýká i našich zdravotnických zařízení. V současné době je v podstatě shodná právní úprava této problematiky ve Slovenské republice. V zemích Společenství nezávislých států je rovněž liberální úprava, ale odborné podmínky

vedou ženy z těchto států, aby požadovaly umělá přerušení těhotenství v naší republice. V Polsku je zatím úprava taková, že o umělém přerušení těhotenství nemůže rozhodnout sama žena a v podstatě shodná úprava je i v Rakousku a Německu. V posledních dvou zemích je však cena umělého přerušení těhotenství podstatně vyšší než u nás. Proto jsou vyhledávána zejména příhraniční zdravotnická zařízení a v nich se cizinky dožadují umělého přerušení těhotenství.

V takových případech nelze přehlédnout ustanovení § 10 cit. zákona o umělém přerušení těhotenství, který vyloučil z provádění interrupcí všechny cizinky, které se na území našeho státu zdržují jen přechodně. Za přechodný pobyt se nepovažuje pobyt cizinek, které pracují v organizacích a orgánech se sídlem v České republice, popřípadě členek rodin takových pracovníků. Dále přechodným pobytem není pobyt studentek a jiných cizinek, které mají povolení k pobytu pro cizince podle zvláštních předpisů. Přitom zdravotnické zařízení má povinnost požadovat předložení příslušných dokladů.

Více poznatků nasvědčuje tomu, že toto ustanovení není striktně dodržováno, mezi jiným i z mylné domněnky, že o provedení umělého přerušení těhotenství bude jak cizinka, tak i lékař, který je provedl, mlčet. Opak je pravdou a nedodržováním tohoto ustanovení se jak konkrétní lékař, tak i zdravotnické zařízení vystavuje značným právním rizikům.

Tak konkrétně provedení umělého přerušení těhotenství cizince, v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 66/1986 Sb., když v její zemi interrupce jen na její žádost není dovolena, může znamenat zahájení trestního stíhání českého lékaře v místě trvalého pobytu cizinky.

Z dřívější doby byl zaznamenán případ, kdy lékař provedl umělé přerušení těhotenství jedné mladé Angličance. Po návratu domů se z náboženských důvodů u ní dostavil pocit hříchu a s provedením interrupce se svěřila necírkevnímu orgánu, který s jejím vědomím celou věc oznámil policii. Proběhlo vyšetřování, které bylo přerušeno. Za 8 let se dotyčný lékař vrátil z kongresu z USA a několik dní chtěl strávit v Anglii. Byl však policií zajištěn a propuštěn až za několik dní na poměrně vysokou kauci. Od té doby je mu Anglie zcela nepřístupná. Stejně závažný byl případ, kdy bylo provedeno umělé přerušení těhotenství jedné Kanadance. S výkonem, zejména s jeho vleklým

dozníváním, byla nespokojena a požádala kanadského advokáta o zastupování před českým soudem. Vzhledem k tomu, že se nepodrobila znaleckému zkoumání v České republice, byla její žaloba zamítnuta.

5.2.8. Povinná mlčenlivost u umělých přerušení těhotenství

Nikoli zanedbatelným problémem je znovuzdůraznění povinnosti zdravotnických pracovníků nejen zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděli v souvislosti s umělým přerušením těhotenství, ale i šetřit oprávněné zájmy ženy. Tato povinnost je porušována především středními zdravotnickými pracovníky.

Byl zjištěn, nikoli na našem území, případ jedné zdravotní sestry, která ve zdravotnickém zařízení asistovala u umělých přerušení těhotenství. Ta po zjištění, která interrupce je tajena, začala ženy, které se umělému přerušení podrobily, vydírat. Příklad byl oznámen a došlo k trestnímu odsouzení zdravotní sestry k nepodmíněnému trestu.

I když tak dramatické případy nebyly v České republice zjištěny, přesto je z více stran potvrzeno, že o jménech žen, které se podrobily umělému přerušení těhotenství a o jejich chování jsou veřejně vedeny diskuse.

V takovém případě hrozí zdravotnickému zařízení a konkrétní osobě minimálně žaloba na ochranu osobnosti podle § 11 o.z., kde škoda není ve všech případech kryta pojištěním a kdy by mohlo být požadováno odškodnění až ve výši miliónu korun. Je potřeba docílit utajení. U konkrétního lékaře, člena České lékařské komory, je i tato odpovědnost v současné době kryta rámcovou smlouvou s Českou živnostenskou pojišťovnou.

Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků, která je zdůrazněna zvláště u umělých přerušení těhotenství, může být v rozporu s požadavky rodinných příslušníků, kteří se dožadují informací. Interrupce patří mezi skutečnosti, které je nutno někdy utajovat např. i manželovi. Odpoví-li zdravotnický pracovník bez výslovného souhlasu ženy manželovi tak, že ten se dovtipí, narušuje nejen mlčenlivost, ale proviní se i proti lékařské etice, protože objektivně může

takto pacientku poškodit. Pokud řekne vyloženou lež, navíc před svědky, je možné též jeho obvinění z porušení etického přístupu.

Tyto záležitosti choulostivého charakteru je třeba prodebatovat s ženou před výkonem, kdy se jí ptáme, zda o výkonu manžel ví a co mu lze popřípadě sdělit. Situace se může vyhrotit, pokud nastane při interrupci např. perforace dělohy a je provedena laparotomie s případnými operačními komplikacemi. Lze doporučit, aby žena manželovi řekla, že prodělala nitroděložní výkon. Manželovi sdělíme, aby si pohovořil s ženou, až nebude pod vlivem narkózy, že mu vše řekne sama. Často matka ošetřované ženy argumentuje, že má právo vědět vše o svém dítěti. U zletilých tomu tak není, vysvětlíme, že informace dáváme pouze se souhlasem pacientky.

Umělá přerušeni těhotenství jsou mnohdy před manželem nebo dalšími příbuznými utajována. Prozrazení takového výkonu vede k tomu, že žena hledá omluvu nebo spíše výmluvu pro svoje jednání. V jednom případě žena na nátlak manžela podala trestní oznámení na postup zdravotnického zařízení s odůvodněním, že k umělému přerušeni těhotenství byla ošetřujícím lékařem svedena.

Trestní řízení nebylo ani zahájeno po zjištění, že došlo k umělému přerušeni těhotenství na základě písemné žádosti ženy a výkon byl v odpovídající době proveden ve zdravotnickém zařízení.

5.2.9. Trestné činy

Vzhledem k tomu, že z právního hlediska mezi případy umělého přerušeni těhotenství jsou řazeny i »kriminální interrupce«, nelze přehlédnout, že v současné době žena, která požádá, nebo se pokusí či jinak se přičiní o umělé přerušeni těhotenství, nemá trestní odpovědnost. I kdyby výsledkem jejího jednání či opomenutí bylo poškození jejího zdraví, nebyla nikdy a zřejmě ani nebude proti ní uplatněna náhrada škody podle předpisů o veřejném zdravotním pojištění.

Naproti tomu nejen lékaři, ale i další zdravotničtí pracovníci a vůbec veškeré další osoby kromě těhotné ženy mají plnou trestní odpovědnost za umělé přerušeni těhotenství. Tento právní stav je vyjádřen v ustanovení 227 a následujících trestního zákona.

Trestného činu se dopustí ten, kdo těhotnou ženu svede nebo jí pomáhá, aby své těhotenství sama přerušila, nebo jiného požádala nebo jinému dovolila, aby její těhotenství bylo uměle přerušeno jinak než za podmínek stanovených zákonem č. 66/1986 Sb., o umělem přerušení těhotenství.

Přítom jako pomoc se hodnotí i poskytnutí potřebných finančních nebo jiných hmotných prostředků na nezákonnou interrupci. Závažněji je hodnoceno svedení ženy k provedení nezákonné interrupce. Tím je především jakákoli forma osobního přemlouvání k takovému činu, pokud není odůvodněno medicínskými aspekty. Pokud někdo přemlouvá těhotnou z jiných než zdravotních důvodů, aby si sama, resp. nedovoleně své těhotenství přerušila, lze jeho jednání hodnotit jako návod k trestnému činu. O takové podezření se může jednat i v případě, kdy sama žena trestně odpovědná být nemůže. V konkrétním případě pak záleží na posouzení orgánů činných v trestním řízení, zda takový návod má nezbytnou společenskou závažnost či společenskou nebezpečnost.

I když v současné době se to zdá nepravděpodobné, stále existují osoby, které se souhlasem těhotných žen provádějí nezákonné interrupce. Důvodem jejich existence je jednak společenská obava, že žena ve zdravotnickém zařízení, kde by se měla podrobit umělému přerušení těhotenství, nebude dostatečně chráněna povinnou mlčenlivostí, a jednak pro některou těhotnou ženu dosti vysoké finanční náklady legálního umělého přerušení těhotenství.

V praxi jsou zatím málo odhalovány trestné činy, při kterých konkrétní osoba zahájí interrupci, ale nedokončí ji a pošle těhotnou ženu do zdravotnického zařízení, kde je pak jediná možnost těhotenství uměle přerušit. Protože takové případy jsou obtížně rozpoznatelné a protože těhotná žena rozhodně popře, že by k uvedenému jednání došlo, zůstávají případy, kromě ojedinělých výjimek, neodhaleny a nepotrestány.

Trestní zákon velice přísnou trestní sazbou pamatuje i na případy, kdy nezákonným prováděním interrupcí ten, kdo je provádí, získá značný prospěch, nebo pokud takovou činností páchá soustavně a/nebo způsobil-li takovým jednáním těžkou újmu na zdraví těhotné ženě.

6. Porod

6.1. Stručný historický vývoj přístupů k porodům a k pomoci při nich

Historický vývoj společenských vztahů včetně přístupů jak celé společnosti k porodnictví, tak i matky, otce a dalších osob ke konkrétnímu porodu odpovídal úrovni poznání a základním etickým přístupům společnosti. Kromě dávné historie primitivních národů společné bylo, že při porodu pomáhala zkušená žena. Do vzniku porodnic pomoc při porodu poskytovali chirurgové nebo porodní báby. Názyvy těchto porodních pomocnic dávají nahlédnout na jejich funkci – řecké *omphalotomei* (báby pupkořezné); německá *Hebamme* (*hebende Amme* – zvedající bába), anglická *midwife* (*mit Weib* – spolužena) francouzská *sage femme* (moudrá žena), španělská *conmadre* (spolu s matkou) atd.

Porodník se vyvinul v 18. století z chirurga, v 19. století se chirurgie a medicína sjednocovaly. Již v 18. století se i u nás specializoval medicínský obor porodnictví a právními předpisy bylo upraveno postavení tehdejších »středních zdravotnických pracovníc« – porodních babiček, pozdějších porodních asistentek. Ty své znalosti a oprávnění k výkonu činnosti získávaly odborným studiem a složením odpovídajících zkoušek. Postupně se vyvíjely i názory na právní odpovědnost osob poskytujících pomoc při porodech. V předvědeckém období existují porodnické knihy pro báby, kde jsou vyobrazení rozčleněných mrtvých dětí, ilustrující neodpovědné, nepoučené chování bab. Nicméně po mnoha stětech, až od 18. století, je v kulturních evropských zemích uzákoněno, že toto povolání smí vykonávat legálně jen ženy odborně zkoušené před lékaři a chirurgy.

V 19. století se ústavní porodní péče dostává chudině a matkám dětí nemanželských, které byly odkládány. K jeho konci se začínají do ústavní péče dostávat i majetnější rodičky. Dvacáté století současně s rozvojem medicíny přineslo na našem území postupné zvyšování počtů porodů v ústavech, takže v třicátých letech se převážná většina dětí již rodila v porodnicích. Po druhé světové válce k porodům mimo porodnice docházelo zcela výjimečně.

Právní vztahy v porodnictví, zejména odpovědnost lékaře, narůstaly v závislosti na rozvoji lékařské vědy. Obecně lze stanovit, že, jakmile určitá metoda se v otázce morbidity a mortality osvědčuje, vstupuje do každodennosti, do obvyčeje a přes profesionální předpisy i do právní odpovědnosti. Lékař je povinen postupovat v souladu s takovými metodami, které přinášejí maximální prospěch matce i plodu. Postupy *lege artis* jsou platné historicky, jak odpovídaly možnostem tehdejších vědeckých poznatků. Z nepřehledného množství poznatků uvádíme pro ilustraci některé podstatné:

Bylo to zejména zavedení narkózy, nejprve antiseptiky, později asepsy, které podstatně snížily mortalitu matek. K operacím prováděným vaginálně, jako kleštěmi, obraty, extrakcemi, narostla možnost stále bezpečněji ukončit těhotenství či porod císařským řezem. Při prevenci horečky omladnic do odpovědnosti organizace, lékaře a porodní asistentky byla zahrnuta povinnost dodržovat asepsi, používat sterilní nástroje, operační prádlo, provádět cyklické úklidy s dezinfekcí, což platí dodneška. Vědecká mikrobiologie zařadila množství metod diagnostických, v léčbě zejména vakcinaci, séroterapii, započala chemoterapie.

Po první světové válce se rozšiřuje stále větší měrou bezpečné podávání krevní transfúze, která po stránce odpovědnosti přidala opět další zdravotnické povinnosti a rozšířila i právní odpovědnost.

Po druhé světové válce po převratném objevu penicilinu se objevuje řada antibiotik, která dovolují do velké míry zmenšovat škody působené mikrobiální infekcí, v mnoha případech zachránit život. Tyto poznatky se staly opět každodenností, až někdy došlo k neúměrnému spoléhání na účinky antibiotik a byla zanedbána prevence a ostatní léčebné postupy.

Poslední období zažilo převraty především v diagnostických metodách. Zde se uplatňuje v každodenní praxi užívání kardiotokeografických přístrojů, monitorování se rozšířilo jako nejběžnější metoda. Ze zobrazovacích metod našel největší rozšíření ultrazvuk. Nevyužívání možnosti vyšetření pomocí ultrazvuku, pokud je k dispozici, je hodnoceno jako postup non lege artis s možným vyvozením i obecné občanskoprávní odpovědnosti. Posunuly se významně znalosti genetické, endokrinologické, mikrobiologické, farmakologické atd. V sousedních oborech je největší pokrok v neonatologii a anestézii, což umožňuje rozšíření bezpečných indikací operačních.

Ve všech uvedených lékařských postupech existují doposud nevyřešené medicínské problémy a každá z použitých prověřených metod může pochopitelně občas selhat. Jsou známy případy rezistence na antibiotika, transfúzní a anesteziologické příhody, alergické reakce, nepříznivé farmakologické ovlivnění plodu atd. Tato rizika je třeba ve vhodné době svěřeným ženám taktně a citlivě sdělit jako statistickou možnost.

Provedení chloroformové narkózy u anglické královny Viktorie bylo průlomem do dosavadní pasivity, která viděla v porodních bolestech božský záměr. Po první světové válce profesor Ostrčil u nás razí termín »lékařsky vedeného porodu«, pod kterým dnes chápeme bezpečnost rodičky a plodu, bezbolestnost, urychlení porodu a psychosomatický komfort.

Lékařsky vedený porod je třeba odlišit od programovaného porodu, kdy u těhotné je v určené době provedena příprava děložního hrdla, zavedeny prostředky, které vyvolají porodní kontrakce. V případě komplikací u takto vedených porodů roste právní odpovědnost lékaře.

Metody zbezbolestnění se rozvinuly v mnoha směrech. Je to podávání lytických směsí, místní znecitlivění nervu pudendálního, děložního hrdla a hráze, epidurální anestézie, metody fyzikální, jako abdominální dekomprese, elektronarkóza, metody psychosomatického ovlivnění, jako je hypnóza, relaxační metoda, psychoprolaktická příprava atd. Celková anestézie byla rozpracována, vytvořil se obor anestézie, provádění narkózy u císařských řezů se stalo mnohem bezpečnější. Přesto tyto metody mohou vést ke komplika-

cím u matek i plodů, někdy i smrtelným, což opět zvyšuje odpovědnost lékaře i za tento úsek.

Ke konci druhé světové války se podařilo objasnit vznik smrtelných novorozeneckých žloutenek a chudokrevnosti v souvislosti s tvorbou protilátek proti systému Rh, a pak i dalším. Objev vedl k pátrání po nositelkách negativního faktoru, ke kontrole tvorby protilátek, stanovování bilirubinoidů v plodové vodě, k výměnným postnatálním transfúzím, nakonec k aplikaci transfúze přes kordocentézu. Zanedbání vyšetření na Rh negativní faktor je pak závažným porušením postupů *lege artis*.

Konečně v současné době lze zaznamenat rozvoj nových přístupů k porodu, které se projevují nejen v tzv. účasti otců při porodu, ale i nikoli ojedinělé požadavky, aby porod proběhl mimo porodnici. Uvedené skutečnosti ovlivnily právní vztahy v porodnictví natolik, že je vhodné se obdobím vlastního porodu zabývat poněkud širěji.

6.2. Obecná charakteristika porodu

V této kapitole je poukázáno na nejbanálnější, opakující se postupy, jejich chyby, které jsou významné z hlediska právní odpovědnosti.

Vyvrcholením a ukončením těhotenství je porod, který je obecně biologicky u všech savců obdobím největší lability pro matku i pro plod. Každý porod je *sui generis*, odlišný od druhého, a existuje i množství komplikací, které jsou náplní oboru gynekologie – porodnictví. Porod představuje pro ženu determinovanou situaci, kdy nastupuje dominanta tohoto procesu, která překrývá vše ostatní. Vzhledem ke klíčovému biologicko-spoločenskému významu porodu u člověka je nutné poskytovat v tomto období ženám i porozeným dětem kvalifikovanou zdravotní péči. I v obecném povědomí je porod chápán jako labilní obtížná životní situace, která je však na

rozdíl od lékařského postoje vztahována povětšinou jen na konečnou fázi vypuzovací doby.

Porod je labilní období s neustálou dynamikou, změnami, a podle toho se porodník musí chovat. Řídí se především znaky rizikového těhotenství, které byly popsány, při jejich přítomnosti provádí další diagnostické úkony. Prevence je základní doktrínou našeho i světového porodnictví. Je to nástroj těžkopádný, časově i ekonomicky náročný, s malou výtěžností, ale doposud neexistuje nic účinnějšího. Z hlediska ekonomického jsou to opatření namnoze finančně náročná. V případě škody na zdraví neobstojí při forenzních řešeních lékařské odpovědnosti argumenty ekonomického charakteru, vyžaduje se vždy péče odpovídající současným dostupným poznatkům lékařské vědy (viz ust. § 11 odst. 1 zákona o péči o zdraví lidu). Jinak je třeba posuzovat možnosti pracoviště nedostatečně vybaveného a pracoviště klinického typu, která disponují nejen přístrojovou technikou, ale i týmy vysoce specializovaných odborníků zejména v neonatologické péči.

Z právního hlediska, jak již bylo uvedeno, je porod stav, nikoli nemoc, ve kterém je ženám poskytována potřebná zdravotní péče, na jejíž jednotlivé úkony se vztahují obecné i zdravotnické právní předpisy. Právo v zásadě hodnotí vlastní porod jako fyziologický proces, nikoli jako nemoc, a rodička není osoba nemocná. I při nekomplikovaném porodu se využívá některých dalších medicínských postupů, které lze označit jako konkrétní léčebné metody, přičemž přechod od samovolného porodu k lékařsky vedenému porodu je plynulý.

Závěr o poskytování léčebné péče při porodu platí v plném rozsahu např. pro postupy, které mají vyvolat, urychlit nebo zpomalit vlastní průběh porodu. S takovými postupy by měla být zásadně rodička seznámena, a pokud se nejedná o případ ohrožující její život nebo zdraví, měla by s nimi vyslovit souhlas. Odmítnutí takových postupů by se mělo stát obsahem příslušného reversu.

6.3. Začátek porodu

6.3.1. Vyhledání porodnice

Těhotná žena má právo na svobodnou volbu zdravotnického zařízení či porodnice, kde chce porodit své dítě. K takové volbě by mělo dojít v dostatečném předstihu před předpokládaným dnem porodu. Proto v rámci dispenzární péče by mělo být těhotné ženě doporučeno, aby zvolené zdravotnické zařízení navštívila nejpozději tři týdny před dobou předpokládaného porodu. Měla by vědět ona i její dospělí rodinní příslušníci, event. i příbuzní, kde se zvolená porodnice nebo odpovídající zdravotnické zařízení nachází. Tím odpadnou komplikace související s transportem těhotné do porodnice, zejména tehdy, pokud začne rodit před předpokládaným termínem a je urychleně dopravována do porodnice osobním vozem příbuzného nebo jiné osoby.

Lze doporučit, aby rodička věděla nejen to, kde se »její« porodnice nachází, ale aby si prohlédla i její zařízení a seznámila se s »přístupovými cestami«. Bylo zjištěno, že pokud takovou informaci těhotná žena nemá, může v konkrétním zdravotnickém zařízení bloudit a hrozí nebezpečí tzv. extramurálního porodu (mimo zdi ústavu), někdy porodu sice v areálu nemocnice, nikoli však v porodnici. Na možnost takových případů by měly být upozorněny i nezdravotnické osoby, sloužící např. ve vrátnici, aby jejich přístup nebyl byrokratický a jejich informace byla přesná a jasná. Jak závažné důsledky mohou vzniknout z jejich nepřiměřeného postupu, lze dokumentovat na následujícím případě:

Ve večerních hodinách přišel do vrátnice jednoho severočeského zdravotnického zařízení rozčilený muž, jak se později ukázalo, otec těhotné. Dožadoval se vjezdu pro svůj osobní vůz a ukázání cesty do porodnice, kterou nazýval nemocnicí. Došlo ke konfliktu a než se záležitost vysvětlila, těhotná žena porodila v autě. Přestože se narodil zdravý chlapec, byla podána řada stížností na různé instituce, které byly sice odloženy pro nevyřešené zásadní rozpory mezi tvrzením vrátného a otce, ale přesto celá záležitost byla uvedena v míst-

ním tisku a vrhla nedobré světlo na celou nemocnici. Obdobný případ se stal v jednom jihomoravském městě, kde je porodnice umístěna mimo areál nemocnice. V tomto případě dotázaný muž, který měl službu ve vchodu do nemocnice, vůbec nevěděl, kde je porodnice. Pro uvedenou nedostatečnou informaci došlo rovněž k porodu v osobním voze a rovněž byla podána stížnost na postup zaměstnance nemocnice, která byla shledána důvodnou, a s uvedeným zaměstnancem byl ukončen pracovní poměr výpovědí. Odpovídající znalosti by měly být podmínkou při uzavírání smluv s různými bezpečnostními agenturami, které nemocnice nebo porodnice střezí.

Nastane-li v takovém případě ohrožení zdraví a života při porodu extra muros (např. při náhle nastouplém krvácení), je to mimo odpovědnost zdravotnických pracovníků. Pokud by cestu či ústav nenašel šofér sanitní služby, padala by odpovědnost na něj a na příslušnou organizaci, ve které je zaměstnán.

Nejběžnější situace je, že manželé sami podle instrukcí rozhodují, zda se mají již do porodnice dostavit, či ještě nikoli. Opakovaně přicházejí až na poslední chvíli. Důležité je poučení, aby se žena dostavila do porodnice tehdy, nastanou-li kontrakce po 15 min, při odtoklé plodové vodě, krvácení, odchodu většího množství hlenu a v případě jakékoli nejistoty.

Konečně rodičky mají být poučené, aby veškeré důležité doklady nosily stále s sebou v jedné dostupné složce.

Před plánovaným císařským řezem je nutno zajistit přeřazení z ortopedického, očního, interního oddělení v 36. týdnu těhotenství do zařízení, kde bude císařský řez proveden.

6.3.2. Předčasný porod – transport in utero

V praxi dochází asi u 5–6 % populace k předčasným porodům. To jsou případy, kdy se do porodnice dostaví žena, které začal porod před uplynutím deseti lunárních měsíců od početí. Problematika se stává složitější úměrně se zkracováním doby trvání těhotenství, v centru pozornosti jsou v současné době zejména plody s extrémně nízkou porodní hmotností pod 900 g. U hrozících předčasných po-

rodů existuje řada labilních situací. Pokud takový stav nemůže být v porodnici zvládnut, je třeba připravit transporty in utero (z jednoho zdravotnického zařízení do druhého).

Přítom je nutné počítat s neúspěchem konzervativní tokolytické léčby a připravit ve spolupráci s neonatologem postnatální péči o porozené. Podle možností a vybavení oddělení se namnoze uplatňuje ještě před porodem intrauterinní transport do ústavu, který je speciálně vybaven. Transporty in utero mají lepší výsledky než transporty již předčasně porozených. Oddělení přebírající péči o těhotnou s transportem in utero zajišťuje lůžko pro těhotnou či rodič, event. operaci, a především celý tým a aparaturu na JIP. Odpovědnost, event. riziko vyplývající z povahy onemocnění, má především lékař rozhodující se pro transport. Pokud se jedná o slabé kontrakce či těhotenský nálezný, nejsou rozpaky, ty vznikají u porodů pokročilých s vytvořenou brankou, kdy při zesílení kontrakcí může být malý nedonošený plod porozen během transportu. Lékař musí rizika posoudit a seznámit ženu se svým názorem, aby se nedomnívala, že jeho rozhodnutí je snadné a jednoznačné. V takových případech by byl vhodný i písemný souhlas s transportem. Problém transportu se může týkat i dětí donošených.

Transportu se z pochopitelných důvodů dožadují ústavy soukromé, které pro tyto komplikace nejsou vybavené a nechtějí vystavovat svoji pověst riziku.

V mnoha případech byl předmětem stížnosti pozdně indikovaný transport do nemocnice vyššího typu.

U 29leté VII/VII pary šlo o 111 kg těžkou pacientku. V 37. týdnu gestace byla dopravena na porodnické oddělení s odtokem plodové vody, v bezvědomí v eklamptickém záchvatu. Byl jí podán Seduxen a $MgSO_4$. Záchvaty křečí trvaly a v tomto stavu byla přeložena do nemocnice vyššího typu vzdálené cca 40 km. Tam při adekvátní terapii byl proveden císařský řez, pacientka umřela na hepatorenální syndrom. Bylo vytčeno, že transport při eklampsii neměl být proveden, protože je při takovém stavu krajně rizikový.

Ovšem i v případě, že by transport proveden nebyl a došlo k úmrtí, jistě by to bylo zejména příbuznými vytýkáno.

Pokud se při transportu in utero jedná o akutní urgentní stav vyžadující okamžité operační řešení, je nutné v ústavu přijímajícím další postup konzultovat s příslušnými odborníky, pediatry i porodníky. Pokud lze konzervativní léčbu oddalující porod po transportu ještě aplikovat, je vhodné ve spolupráci s neonatologem domluvit terapii vedoucí k urychlené maturaci plic. Tokolytická léčba může být v rozporu s požadavky neonatologů, protože může nepříznivě ovlivnit srdeční činnost plodu. Je třeba se soustředit nejen na budoucí matku, ale sledovat, zda nestrádá plod. Nejde jen o monitorování případné hypoxie kardiokograficky, vyšetřením průtoků, ale i o intraamniální infekce. Namnoze se lékař rozhoduje, zda ukončí uterolytickou léčbu, která má těhotenství prodloužit, či zda pro nebezpečí především intraamniální infekce se přikloní k porodu vaginální cestou.

Stává se, že je zavedena tokolytická léčba na oddělení pro ohrožená těhotenství. V takovém případě, pokud nelze porod zastavit, je nutné rodičku včas přeložit na porodní sál, kde jsou ženy pod neustálou vizuální kontrolou asistentek. Na pokojích oddíleňských nebývá někdy zajištěna dostatečná kontrola takových žen. Těhotná pod vlivem léků, namnoze s tlumivým účinkem na CNS, kontrakce často nevnímá a může porodit na pokoji, na chodbě či toaletě. Porodní asistentky začínající, zvláště méně zkušené, je třeba poučit, jakým systémem mají takové ženy sledovat, zejména v jakých časových intervalech, kontroly je třeba dokumentovat. Porod mimo porodní sál není ozdobou ústavu; pokud se tak stane, je třeba provést veškeré úkony, samozřejmě profesionálně. Je dobré na toto nebezpečí upozornit i léčené ženy, aby se více pozorovaly, a kontrolovat je raději častěji než málo.

6.3.3. Příjem

Jakmile překročí rodička práh ústavu, přebírá za ni zdravotnické zařízení a odborný personál odpovědnost. Tuto odpovědnost má i tehdy, když je v době jejího příchodu porodník zaměstnán jinou situací. Lékař se např. nedostaví k příjmu, protože v té době řeší u jiné ženy

třeba životu nebezpečnou situaci. Není-li dosažitelný, protože nedal zprávu, kde se nachází, nese za to odpovědnost. Není-li dostupný, aby provedl vstupní vyšetření, musí porodní asistentka vyvinout úsilí, aby sehnala jiného lékaře. Porodní asistentka je oprávněna v takových případech provést i vnitřní vyšetření a stanovit další postup.

Došlo-li by k situaci, že nebyl k dispozici potřebný počet lékařů, odpovídá za případné škody vedoucí porodnice, event. ředitel zařízení. Pokud by se však lékař, který má službu, z porodnice bezdůvodně vzdálil a z uvedeného důvodu by došlo k poškození zdraví rodičky nebo plodu, protože nebyla zajištěna odborná péče, není vyloučena jeho trestní odpovědnost za ublížení na zdraví nebo za trestný čin neposkytnutí pomoci podle § 207 odst. 2 tr.z.

Není vhodné, aby těhotné ženy, které se dostavily do porodnice, čekaly dlouhou dobu bez péče či vyšetření nebo dozoru. Nelze se spoléhat na to, že si pacient nevšimne, že se personál zabývá neprofesionálními záležitostmi. Taková situace může vzniknout i nedostatečnou vzájemnou informovaností, event. vysloveným porušením povinností: opuštěním pracoviště, nedostavením se při etylismu atd. V takovém případě vzniká již možnost vyvození trestní odpovědnosti.

Při sporech je důležitý údaj, v kolik hodin rodička přišla (ve škále 24 h), za jakou dobu byla vyšetřena, kdy byla stanovena diagnóza, kdy indikace k případnému výkonu a kdy byl výkon započat. Jsou to významné faktory, které mohou osvětlit, kde nastalo reálně největší prodlení, event. zavinění.

Zdravotníci se ve svém počínání řídí nikoli podle optimistických prognóz, ale podle nejobezpečnějších postupů. Ihned při příchodu se rodička ukládá na lůžko a jako první úkon je nutné se přesvědčit, zda nevyhřezl pupečník. Vzápětí se provádí vstupní monitor, kde se zjistí vitalita plodu, srdeční frekvence plodu a frekvence kontrakcí. Tento postup by měl být stereotypem namísto byrokratického zjišťování rodného čísla, vyplňování dokumentů pro pojišťovny ap.

Dokumentaci je pochopitelně třeba mít ve vzorném pořádku, ale je nutné volit priority. Těhotná s renální kolikou potřebuje řešit svoji akutní příhodu a shora popsany postup může vést ke stížnostem.

System aplikovaný v porodnici musí být dostatečně pružný.

V renomovaných ústavech se provádí i vstupní vyšetření ultrazvukové. Není třeba se obávat vstupu techniky do vztahu lékař – pacient. Teprve po bezpečném zjištění pravého stavu věci může nastoupit skutečný humanismus. Pokud není k dispozici monitor, je rodička vyšetřena zevně a jsou ihned poslechnuty ozvy. Nato následuje vaginální vyšetření se vstupní amnioskopií, kdy podle zkalené plodové vody mekoniem lze stanovit v minulosti proběhlé dušení plodu. Takto postupujeme pochopitelně i u urgentních příjmů spojených s krvácením, silnými bolestmi, kdy jako prvé opatření si zjednáváme přístup do žíly (zásada vážit si žíly) a aplikujeme náhradní roztok.

Pokud se vyskytuje nějaký patologický příznak, jako krvácení, silné bolesti, horečka, přijde-li zpráva o pronikavé změně v chemismu, nelze se spoléhat na to, že po čase příznaky vymizí samy od sebe, okamžitě provádíme doplňující vyšetření. Je-li sálový personál plně vytížen, musí zastoupit porodní asistentka přivolaná z jiného oddělení, např. pro šestinedělky. Nastane-li kumulace patologických případů, a to se občas stává, je třeba uvědomit přednostu, přivolat telefonicky na pomoc kolegy z jiných oddělení či z domova. Veškeré telefonáty v dokumentaci je nutné evidovat s časovými údaji a jménem osoby, s kterou se jednalo (např. žádosti o konziliární služby, hlášení biochemických či hematologických laboratorních výsledků atd.).

Odporuje profesionalitě, aby rodičky byly peskovány pro svoji neobratnost, nadměrnou obezitu, kritizovány, že přišly zbytečně brzy, že příliš citlivě reagují na bolest ap. Střední zdravotnický personál se musí vystříhat i všech etických soudů týkajících se tělesné čistoty, zahmyzení, pohlavně nakažených, nemanželských matek, sociálně zanedbaných, etylismu a toxikomanie.

Kdokoli z kritizovaných a takto ostrakizovaných se může v nejbližší době dostat do závažného zdravotního stavu a takové soudy zachycené okolím jsou pak argumenty dokumentující nelidský postoj, přezírání závažnosti příznaků, zanedbání ap.

Ve všech uvedených případech lze uplatnit odpovědnost etickou. U lékařů by nebylo vyloučeno postižení v kárném řízení vedeném Českou lékařskou komorou. Není vyloučeno vyvození odpovědnosti

za porušení pracovních povinností uložených v ustanovení § 55 odst. 1 zákona č. 20/1996 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění.

Je nutné zachovat klid i v případě vysloveně asociálního chování, kdy těhotná žena na někoho plive, schválně rozbíjí nádobí, brachiálně napadá personál. Není však vyloučeno, aby rozbité věci byly takové ženě předepsány k náhradě a její jednání v rozporu se základními normami občanského chování bylo oznámeno příslušnému orgánu okresního (obvodního, městského) úřadu. Pokud k napadení dojde pro svévoli ženy, nikoli pro zmatenost a psychózu, že je nemocná, nebo dojde-li k napadení někým z doprovodu těhotné ženy, lze takový případ oznámit příslušným orgánům k postihu.

Vše je vhodné hodnotit v zájmu rodičky a plodu, střízlivě, racionálně, bez negativně emočního doprovodu. Nesouhlas s nepatřičným chováním nebo neodpovědným postojem k vlastnímu zdraví konstatujeme a navrhuje okamžitě postup, který má přinést nápravu. Při jednání nejde o to ukázat duševní převahu, ale přimět ženu k rozumnému chování. Namnoze to však možné není.

U 36leté IX/IX se jednalo o zcela primitivní osobnost, prenatalní péči neměla. Z dokumentace předchozích hospitalizací bylo zjištěno, že trpěla hypertenzí kolem 200/140 mmHg. Při nahodilé návštěvě v 16. týdnu zjištěna chronická hypertenze, ischemická choroba srdeční, hypertrofie levé komory, frekvence srdeční 100/min. Z vitální indikace bylo připravováno přerušování těhotenství per sectionem minore s následnou sterilizací. Den před výkonem těhotná nemocnici svévolně opustila. Od té doby gynekologa ani praktického lékaře nenavštívila. Potratila sama doma až v 27. týdnu gestace macerovaný plod 800 g/31 cm. Hospitalizaci odmítla. Za dva dny poté navštívil ženu praktický lékař, který zjistil příznaky hluboké flebotrombózy levé dolní končetiny a zajistil převoz do nemocnice. UZ vyloučilo rezidua post abortum, pacientka hospitalizaci znovu odmítla. Za tři dny poté byla převezena z domova na ARO, kde za 35 min umřela. Pitevni diagnóza svědčila o ateroskleróze věnčitých cév, akutním infarktu myokardu, edému plic a flebotrombóze. Smrt byla odvratitelná jen ze strany ženy samé.

Lékař byl vystaven kritice, že nepoznal zmatený stav, ve kterém žena nemohla rozumně nebezpečnost situace posoudit.

6.3.4. Určení způsobu porodu

Po příjmu ženy na základě anamnézy a vyšetření stanovuje lékař další postup. Určí, zda se již jedná o porod, zda bude provedena příprava, či zda se bude vyčkávat. Dále lékař stanovuje způsob ukončení těhotenství. Porod může být veden cestou vaginální, což je nejčastější při poloze hlavičkou a namnoze i při konci pánevním. Při indikacích ze strany matky nebo plodu může nastat porod operativní, vaginální cestou, tj. kleštěmi, obratem, extrakcí nebo císařským řezem. Se svým rozhodnutím lékař ženu seznamuje a získává její souhlas.

V porodním období obecně ženu ohrožuje krvácení, embolie plovodou vodou či trombem a infekce. Matka i plod jsou navíc ohroženy poraněním. V poporodní době přistupuje především infekce. Vedle faktorů porodnických se uplatňují systémová onemocnění kardiovaskulární, ledvinová, nervová, metabolická a chirurgická. Problém sui generis jsou onkologické stavy, alergie, trombocytopenie, specifické infekce venerické a AIDS.

Důležitý je stav trofiky (výživy) organismu, stav kardiovaskulárního aparátu, rezistence proti infekci, pohotovost nervosvalová a psychická pohoda. Rozhodne-li porodník, že lze očekávat porod samovolný vaginální cestou, měl by zvážit i případná rizika s tím spojená. Rozhodnout se pro vedení porodu vaginální cestou zdaleka neznamená, že by mohla ochabnout nebo mohla být věnována menší pozornost ženě. Namnoze takové rozhodnutí vyžaduje naopak péči, zvláště pro využití času porodníka, mnohem větší. Nevěnování pozornosti rodiče při samovolném porodu, pokud není objektivně medicínsky, nikoli organizačně zdůvodněno, je postupem hodnoceným jako *non lege artis* se všemi právními dopady, tedy včetně možnosti uplatnění obecné občanskoprávní odpovědnosti zdravotnického zařízení.

6.3.5. Příprava k porodu

Při příjmu do porodnice rozhoduje lékař, zda již započal porod a zda jej lze vést vaginální cestou, zda bude provedena příprava k porodu, či půjde-li rodička na porodní sál přímo. Během přípravy se provádí holení, podává klyzma a očistná sprcha. Některé ženy odmítají holení jako urážku lidské důstojnosti, namnoze se provádí redukované holení stydkých pysků a hráze, vynechává se mons Veneris. Při případném řezu se holení doplňuje. V jiných kulturách, např. muslimských, se pokládá za nepřijatelné, aby se žena na těchto místech neholila.

Stejně je tomu tak s klyzmatem, které je některými pokládáno za poruchu intimity. Vyprazdňování střeva při porodu dítěte za asistence lékaře a asistentky se za poruchu intimity nepokládá. Při penetraci některých takových rádob humanizujících postupů se ztrácí lidský rozum, prokazatelné škody nejsou patrně veliké, a proto není třeba vstupovat do zbytečných konfliktů. Správný postup je, aby těhotná byla před porodem upozorněna na zvyklosti, kterým by se měla podřídit, pokud má k ústavu důvěru. Nastane-li operace a při iterativní sekci může nastat léze střeva, je pak nepodané klyzma hodnoceno jako postup *non lege artis*. Rodička nesmí být v době přípravy bez dozoru.

Monitorování není v době této přípravy běžné, je třeba poslouchat frekvenci ozev srdce plodu v intervalech 10 min, kontrolovat kontrakce, subjektivní pocity a sledovat, zda nepraskl vak blan. Pokud se tak stane, musí být žena ihned vyšetřena vaginálně, aby se nepřehlédlo naléhání a výhřez pupečníku. Vaginální vyšetření je obvyklé i po skončení přípravy. Nedodržení uvedených zásad je obecně hodnoceno jako postup *non lege artis*. Pokud by pro nedodržení uvedených zásad došlo ke škodě, podaná občanskoprávní žaloba o náhradu škody by byla zřejmě úspěšná.

6.3.6. Porody mimo porodnice – *partus extra muros*

K porodům mimo porodnice dochází zejména u tří skupin případů.

■ U žen, které vícekráté rodily (mnohorodičky)

Zejména u mnohorodiček nastává mimo porodnice tzv. překotný porod, který je může zaskočit kdekoli na ulici, v obchodě, autobuse, na poště, na zdravotním středisku. Často nastává porod na toaletě, protože tyto rodičky nerozeznají tlak na stoličce od nucení v druhé době porodní. U překotného porodu v domácnosti se může dítě narodit s vakem blan přes hlavičku – tzv. čepce štěstěny, který, není-li včas odstraněn, dítě udusí. Mimoto je dítě ohroženo poraněním, znečištěním a prochlazením.

■ Pozdní vyhledání porodnice

Některé ženy mají porod normálního průběhu, ale nevyhledají včas pomoc nebo převoz do zvolené porodnice. V takových případech dochází k porodům buď ještě v bytě, nebo v sanitních vozech, či v jiných dopravních prostředcích. Ve voze bývá k dispozici i speciální porodnický balíček. Pokud k porodu dojde v sanitním vozidle, je situace z hlediska zdravotnické pomoci nejjasnější, neboť řidiči by měli mít pro takové případy odborné školení, a často mají i zkušenosti. Pokud se narodí zdravé dítě, je porod hodnocen jako úspěch osádky sanitního vozu. Horší situace je v případech, kdy k úspěšnému porodu nedojde. Takové případy jsou pak předmětem stížností, ale i trestních oznámení.

Typický je případ z roku 1991. Lékařské službě první pomoci v okresním městě došla ve 23,15 h žádost z jedné obce vzdálené 32 km o urychlený převoz rodičky do porodnice. Sestra, která hlášení přebírala, nehovořila s rodičkou, ale jen s manželem, který stav rodičky popsal jako krátce se opakující porodní bolesti. V rozčilení opomněl uvést, že odešla plodová voda. Sestra zhodnotila situaci jako naléhavou, nikoli však akutní, a proto se rádiem spojila s osádkou sanitního vozu. Zjistila, že tento vůz je značně vzdálen od rodičky. Protože jiný vůz neměla k dispozici, zjišťovala, zda by rodička mohla být přivezena do porodnice soukromým vozem. Byla však hrubě odmítnuta. Potom opět požádala lékaře, aby urychleně provedl návštěvu u ro-

dičky. Lékař, s atestací praktického lékaře, se dostavil asi v 0,15 h, konstatoval probíhající porod. Vzhledem k situaci v domácnosti rodičky se rozhodl pro převoz do porodnice. V průběhu cesty došlo k porodu dítěte, které před příjezdem do porodnice zemřelo. Zdravotní stav matky byl v porodnici v krátké době upraven a po třech dnech byla propuštěna domů. Otec rodičky, který se za několik dní dostavil do porodnice, byl soukromě informován zdravotní sestrou, že úmrtí dítěte bylo možné při kvalitní péči v porodnici předejít. Nevyhledal jiného lékaře a nejdříve podal oznámení na Ministerstvo zdravotnictví a později i orgánům činným v trestním řízení. Na základě stížnosti byl případ projednán ve znalecké komisi, která konstatovala pouze nevhodnou volbu konkrétní zdravotní péče pramenící z nezkušenosti praktického lékaře, nikoli však postup *non lege artis*. V postupu sestry sloužící lékařskou službu první pomoci pochybení neshledala. Trestní řízení na základě uvedeného závěru nebylo zahájeno a opakované stížnosti nebyly shledány důvodnými. Rodina občanskoprávní žalobu o náhradu škody nepodala. Přesto se šetření případu protáhlo na několik let a v této době se v okrese vytvořila silná averze vůči praktickému lékaři, který se raději přestěhoval do jiného kraje.

Zdravotničtí pracovníci, a to jak v porodnicích, tak i mimo ně, by měli být proškoleni o jednotném postupu při převozech akutních porodů, aby nedocházelo k nepřesným, a což není výjimkou, ani k protichůdným informacím. Nelze totiž vyloučit, že takový postup by mohl být hodnocen jako neposkytnutí první odborné pomoci, což by mohlo naplnit skutkovou podstatu trestného činu neposkytnutí pomoci podle § 207 odst. 2 tr.z. U této skupiny porodů v sanitních vozidlech je časté, že takto porozené děti jsou přivezeny do porodnice podchlazené. Děti jsou většinou zabalené, ale ne předem osušené, zábal působí jako Priessnitzův obklad. Tyto okolnosti je vhodné zdůraznit a opakovat při školení osádek sanitních vozů.

Uvedené požadavky nelze vyžadovat od řidičů ostatních dopravních prostředků. Při přijetí takových porodů je nutné provést veškerá možná vyšetření a ošetření, aby nikoli kvalifikovaně porozené dítě bylo zachováno při životě.

Možnost vyvození právní odpovědnosti proti takovým řidičům by přicházela v úvahu pouze v případě, kdyby rodička nebo narozené dítě jevily známky vážné poruchy zdraví a řidič by odmítl jejich převoz do porodnice, ač by tak mohl učinit bez nebezpečí pro sebe nebo někoho jiného. V takovém případě by nebylo vyloučeno, že by došlo k naplnění skutkové podstaty trestného činu neposkytnutí pomoci podle § 207 odst. 1 tr.z.

Z uvedeného je zřejmé, že u případů nechtěných porodů mimo porodnici se dostává do právních vztahů více zdravotnických pracovníků a i lékařů různých odborností. Protože porodnice nejsou většinou vybaveny vlastními sanitními vozy k převozu rodiček, lze jen doporučit, aby součástí preventivních prohlídek byla informace budoucích rodiček, kdy a kam zavolat a co sdělit buď dispečinku rychlé zdravotnické pomoci, nebo lékařské službě první pomoci. Budoucí rodičky by měly být poučeny, kdy lze použít soukromé osobní vozidlo a kdy lze vyčkat příjezdu sanitního vozu.

Při převozu rodičky z jednoho zdravotnického zařízení do druhého je vedle zajištění příjmu rodičky závažné rozhodnutí, kdo ji má doprovázet. Rozhodnutí závisí především na zhodnocení jejího zdravotního stavu, na délce a způsobu převozu. Odpovědnost za toto rozhodnutí, zda rodičku bude doprovázet jen posádka převozového vozu, porodní asistentka nebo lékař, má vždy vysílající zdravotnické zařízení, a to až do doby převzetí rodičky druhým zdravotnickým zařízením.

Naproti tomu byly důvodně odmítnuty náhrady za použití soukromých osobních vozidel uplatněné jak proti zdravotním pojišťovnám, tak i proti zdravotnickým zařízením.

■ Záměrná volba a prosazování plánovaných porodů mimo porodnice

Další skupina žen by ráda rodila mimo porodnici, doma. Vzhledem k aktuálním požadavkům části populace lze dovodit, že v záměrech plánovaných porodů doma se jedná o určitý trend. U této skupiny zatím nebyl zaznamenán případ, kdy by záměrně bylo ohlášení po-

třeby převozu do porodnice zdrženo, ale naopak je domácnost na porod dlouhodobě připravována a uzpůsobována. Součástí realizace uvedeného záměru je jednání s určitým porodníkem a porodní asistentkou, aby při porodu doma poskytli odbornou pomoc. Za to je jim slibována a poskytována přímá finanční odměna, a dokonce někde je připraveno prohlášení o převzetí veškeré odpovědnosti rodinou rodičky. Takové porody propagují v cizině některé profesní skupiny porodních asistentek a dostává se jim i podpory pojišťoven, které mají menší výdaje. V případě komplikací se má rodička transportovat do dostupné porodnice.

Názory na plánované porody doma nejsou jednotné. Podle některých se jedná o svobodnou volbu rodičky. Pokud prý existuje reálný a odůvodněný předpoklad, že porod proběhne bez komplikací, zdravotnickým pracovníkům nehrozí žádné nebezpečí, zejména tehdy, je-li v záloze připraven sanitní vůz, který by rodičku v případě potřeby okamžitě převezl do porodnice. Uvedený názor není bez značných rizik. Především jakékoli prohlášení rodiny rodičky je z hlediska porodní péče právně irelevantní. I kdyby takové prohlášení učinila sama rodička, mohla by tak učinit jen za sebe, a proto by platilo jen do okamžiku narození dítěte. Při porodu v porodnicích se jedná o týmovou práci, doplněnou o technické a personální zázemí. To v takovém případě nemůže být nahrazeno ani účastí porodní asistentky, ani přistaveným sanitním vozem. Ze zkušeností vyplývá, že čím více je přemlouván lékař k nějaké odchylce od standardních postupů, s tím větší úporností jsou pak podávány stížnosti a trestní oznámení na konkrétní osoby, pokud porod nedopadne dobře.

Pokud se lékař pro účast na plánovaném porodu doma rozhodne, nese spolu s eventuálně přizvanou porodní asistentkou trestní odpovědnost, mohou být i postiženi za nedbalostní trestný čin, pokud při porodu vznikne situace, kterou sice nepředvíдали, ale předvídat měli a mohli a která by při porodu v porodnici byla zvládnutelná.

Současně vzhledem k tomu, že se jedná o exces, nesou i plnou osobní hmotnou odpovědnost za zaviněné škody, které by v souvis-

losti s porodem vznikly. Proto při úvaze o porodu, který by měl být proveden mimo porodnici, by měly být uvedené skutečnosti zváženy.

K této skupině plánovaných porodů v domácnosti patří i podskupina žen, které rodí svépomocí, nebo pomocí manžela či dalšího nezdravotnického pracovníka. Dostává se jim i mediální pozornosti. Namnoze se zamlčuje objektivní nebezpečí, a především se nemluví o zdravotním stavu porozených dětí. Pokud dojde ke škodě na zdraví rodičky nebo dítěte, nesou osoby, které při porodu pomáhaly, nejen odpovědnost občanskoprávní, ale i trestní.

6.3.7. Účast rodinných příslušníků při porodu

Jedním z nových trendů v porodnictví je v řadě porodnic zaváděná účast další nezdravotnické osoby u porodu. Zatím jediným kritériem pro souhlas s účastí další osoby při porodu byla žádost rodičky, předpoklad, že se bude jednat o samovolný porod, kdy nejsou očekávány žádné komplikace, a účast takové osoby na kurzu či školení o účasti při porodu. Ve stále větší míře se stává, že nejčastěji je manžel přítomný i u operací kleštových. Na požádání je někde přítomen i u císařského řezu, což nemá v chirurgických oborech analogii! Přítomnost manžela je výhradně na přání rodičky a na její žádost. Otec nemůže vymáhat svoji přítomnost proti vůli ženy a v situacích, kdy by jeho přítomnost ohrozila komplikovaný porod.

Úsměvné případy týkající se spíše toho, že při porodu bylo nutné poskytovat větší zdravotní péči nastávajícímu otci než rodičce, nejsou v sobě nevyřešené otázky odpovědnosti. Lékaři pracující na porodnici pro poskytování péče osobám mužského pohlaví se mohou omezit jen na první lékařskou pomoc. Jelikož je lékař v době takových příhod – bývají to pády s úrazy hlavy a končetin – zaměstnán a zaměstnána je i porodní asistentka, měl by manžel podepsat revers, informující ho o těchto okolnostech.

Je povinností zařízení, kde jsou otcové, event. další příbuzní při porodu přítomní, zajistit takové podmínky, aby nebyl narušován hygienický režim, lékařské vedení porodu, průběh operace, intimita

ostatních rodiček, lékařské tajemství atd. Převažují zkušenosti kladné, ale vyskytují se i situace konfliktní, které mohou vést ke stížnostem.

Přítomný otec budoucího dítěte namnoze vystupuje v úloze kontrolora a ochránce své rodící ženy proti iatrogennímu poškození. Jeho nevzdělanost nebo laické představy, kdy neustále vyžaduje vysvětlování lékařského počínání, ztěžuje práci ošetřujících. Někteří se domáhají aktivní úlohy jako vedoucí porodu, což zvládají podle svých představ na kurzech a v době porodu vydávají protikladné pokyny než lékař.

Lze se setkat i s psychopatickými osobnostmi s extrémní žárlivostí, které vykazují mediky a »zbytečně« přehlížející lékaře, často vystupují v roli poradců, žádajících ukončení porodu císařským řezem.

U rodičky epileptičky byl za porodu přítomný manžel s psychopatickými rysy, který přes naše varování a odpor neustále manželku nutil k hluboké hyperventilaci. Rodička se přes varování řídila jeho radami a dostala epileptický záchvat. Manželovi pak bylo energicky zakázáno jakékoli další zasahování do porodu.

Na tuto formu si musí společnost přivyknout, otcové musí být poučeni a musí kooperovat v zájmu rodičky s personálem. Pak se ukáže i jejich užitečnost v psychické podpoře ženy. Půjde o dlouhodobý proces, pokud zatím tato vlna zase neopadne sama od sebe.

Je nutné, jak řekl prof. MUDr. Jiří Srp, »odlišit porod a křtiny«. Účast zdravotnického pracovníka při porodu není v žádném případě zdravotnickým výkonem, a proto se na něj kromě hygienických požadavků přímo nevztahují žádné právní úpravy týkající se poskytování zdravotní péče.

Aktuální a nikoli nepodstatná je otázka ekonomická. Při takových porodech dochází k vyšší spotřebě nemocničního prádla, jsou vedeny kurzy, což má finanční dopady. V současné době je zřejmé, že tato účast, nikoli však porod dítěte, je činností, která není kryta zdravotním pojištěním, a proto lze za její umožnění požadovat finanční příspěvky. Ty nemusí být vráceny v případě, kdy se účast otce z různých důvodů z jeho strany neuskutečnila nebo netrvala po dobu celého porodu.

6.4. Porodní doby a povinnosti lékaře

6.4.1. Základní rozdělení

Porod se z medicínského hlediska rozděluje na tři doby porodní a dobu poporodní, po které nastupuje šestinedělí.

Prvá doba porodní – otevírací – začíná pravidelnými děložními kontrakcemi a končí plným rozvinutím děložního hrdla, takže se vytvoří jeden kanál s pochvou.

Druhá doba porodní je dobou vypuzovací a trvá od zániku branky do porodu plodu. Má fázi, kdy vedoucí část sestupuje na hráz, fázi rozpínání hráze, a nakonec prořezávání a porod celého plodu.

Třetí doba porodní začíná po porodu plodu a končí porodem lůžka. Trvání těchto dob je individuální.

Doba poporodní, nazývaná též čtvrtou dobou porodní, trvá dvě hodiny, je určena tedy smluvně.

■ Délka porodu

Samotné stanovení celkové délky porodu, které je někdy sledováno v soudních rozborech, je namnoze sporné. Dubiózní je věrohodně určit dobu začátku porodu. Lze to učinit kvalifikovaným odhadem *ex post*, při dynamickém sledování tohoto děje jsou namnoze rozpaky, zda nastala již skutečná porodní činnost. V exaktních vědeckých pracích, ale i v posudcích se proto užívá dalšího kritéria, kterým je průměr branky 3 cm. U vlekcoucích se porodů může právě tato okolnost, přispívající ke vzniku komplikací, být i předmětem stížnosti.

Podle empirických poznatků ve všech dobách porodních i v poporodní době je třeba věnovat ženě pozornost, i když v každé době hrozí jiná rizika a může dojít k právní odpovědnosti z jiných důvodů.

6.4.2. Obecné nedostatky v lékařském vedení porodu

I u samovolného porodu musí být dodržovány postupy lege artis. Pokud je rozhodnuto vést porod samovolně, pro každou porodní dobu a její fáze platí pravidla týkající se samých podstat.

Řada komplikací je však u dobře probíhajícího samovolného porodu nepředvídatelných, vymykajících se objektivní diagnóze. Takovou možnost nelze předem nikdy vyloučit, jde o posouzení rizika. Rozhodující jsou lékařská pravidla, která mohou mít zdůvodnitelné výjimky, ale nesmí být voluntaristicky zaměňována.

Současné zdravotnické právní předpisy umožňují jen nesouhlas či odmítnutí určitého medicínského výkonu jako zdravotní péče, nikoli rozhodovat o jeho volbě. Nadto samovolný porod, jak bylo uvedeno, je živelným procesem, který postupuje, nelze ho libovolně trvale zastavit. Proto není potřebné k němu vyslovit souhlas a nelze ho ani odmítnout.

Je-li však pro pacientku reálná alternativa lege artis, měl by ji ošetřující lékař doporučit a informovat pacientku též o tom, že existuje ještě jiný postup lege artis a seznámit ji s výhodami a nevýhodami toho nebo onoho postupu včetně toho, zda konkrétní úkon bude hrazen plně nebo zčásti nebo nehrazen ze všeobecného zdravotního pojištění.

Volba by za těchto podmínek měla být na pacientce a neměl by za ni volit lékař. V západoevropských zemích již údajně byla vyvozena právní odpovědnost vůči lékařům, kteří »volili za pacienta ze dvou lege artis reálně v úvahu připadajících metod péče«.

Pokud by žena ztratila vědomí a její život byl ohrožen, lze to kvalifikovat jako výraznou změnu stavu, a proto lze postupovat v souladu s ustanovením § 23 odst. 4 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v platném znění, a potřebný neodkladný výkon k záchraně života či zdraví provést. V takovém případě minulý revers odmítající zdravotní péči, pokud existuje, pozbývá platnosti. V této souvislosti nutno upozornit, že Evropská úmluva o lidských právech v medicíně má opačnou konstrukci, a naopak ukládá brát vždy

zřetel na přání pacienta, které bylo dříve vysloveno. V případě ratifikace této Úmluvy Českou republikou, tak jak je navržena vládou ČR, bude situace opačná a minulý revers nebude – kromě případů jeho výslovného zrušení – pozbývat platnosti.

Konečně není bez významu, že i při samovolném porodu – *partus spontaneus* – se užívají zdravotnické nástroje (nůžky, američanky, poševní zrcadla, cévka, peány). V těchto případech zdravotnické zařízení za případné škody odpovídá podle § 421a o.z., pokud škody byly způsobeny okolnostmi, které mají původ v povaze použitých nástrojů. Takové nástroje sice nejsou výslovně uvedeny v textu ustanovení cit. § 421a o.z., ale jsou hodnoceny jako jiné věci, jichž bylo při plnění závazku, tj. při poskytování zdravotní péče, použito. Proto za předpokladu prokázání příčinné souvislosti mezi okolnostmi, které mají původ v povaze použitých nástrojů, a způsobením škody, je dána občanskoprávní objektivní odpovědnost. Tento právní přístup k používání nástrojů vyvolává medicínskou námitku, protože při nejriskantnější operaci, jakou je obrat s následnou extrakcí, je užívána jenom ruka porodníka a žádný nástroj.

Situace se v porodnictví mění každým okamžikem. Porodník je tak v rozporuplné situaci. Na jedné straně je nucen rodičkou, event. doprovázejícími příbuznými, ke zkrácení bolesti, aby se rodička vyhnula porodní práci a několikahodinovým strastem. Porodník často těmto tlakům podlehne, možno říci přikloní se k vyžadované operaci v případě, kdy sám váhá. Existují hraniční situace a rozhoduje se ve snaze vyhnout se případným komplikacím, především pokud jde o plod. Tak je tomu u polohy koncem pánevním. Pakliže nastane poškození plodu při samovolném porodu koncem pánevním u klešťové operace, může být u event. sporu argumentováno tím, že při císařském řezu by taková komplikace nenastala. Pokud se nic při řezu nepřihodí, je zdánlivě vše v pořádku. Komplikace může nastat v době dalšího porodu, např. hrozící ruptura dělohy ve staré jizvě. Nastane-li komplikace, je při forenzním řízení třeba indikaci k řezu zdůvodnit výhradně medicínskými aspekty.

Opakují se však případy podcenění osobní péče lékaře o rodící ženu, které lze hodnotit jako neetický a neprofesionální postup.

Velmi závažnou a bohužel opakující se příčinou »komplikací« je neúčast kvalifikovaného lékaře – porodníka – u porodu, a to buď zcela svévolná, nebo s jeho vědomím, že porod zvládne jiný, méně zkušený lékař nebo porodní asistentka. I kdyby nedošlo k žádné škodě, jedná se vždy o zvláště závažné porušení pracovních povinností, které by mělo být řešeno z hlediska ustanovení zákoníku práce buď výpovědí, nebo upozorněním před výpovědí.

Pokud takové porody nedopadnou dobře, je vždy požadován jejich trestní postih, který byl již ve více případech i vyvozen.

Konkrétně lze poukázat na následující případ:

V malé porodnici byla o sobotách a nedělích zajišťována služba praktickým ženským lékařem. Řadu měsíců probíhaly služby bez problémů, což vedlo k tomu, že terénní gynekolog v době své služby v porodnici navštěvoval i své pacientky a v porodnici sloužila jen zkušená porodní asistentka. Došlo však ke komplikovanému porodu, při kterém se nepodařilo zajistit účast službukonajícího lékaře. Následkem toho byla rodička tak zesláblá, že později přes intenzivní péči se nepodařilo zachránit jí život. Z podnětu zdravotnických orgánů bylo po projednání případu v ústřední znalecké komisi zahájeno trestní stíhání, skončené rozsudkem, jímž byl lékař, který opustil službu, odsouzen k podmíněnému trestu a zákazu výkonu povolání na dva roky.

V každém zdravotnickém zařízení stále hrozí možnost záměny léku, užívání léků jiné adjustace, NÚL (bupivakain a kardiotoxicita), opožděné vyřazení prošlé šarže, podání prostředku, který je mikrobiologicky kontaminován atd. Bylo opakovaně zjištěno, že ve zdravotnickém zařízení – porodnici – není dostatek přípravků, které by umožnily zvládnout mimořádné případy, nebo není jasně stanovený postup, jak pomoci v nejkratší době dosáhnout. Pochopitelně toto je ovlivněno celoživotními zkušenostmi vedoucích oddělení, při menších počtech porodů chybí namnoze osobní praxe s méně často se vyskytujícími komplikacemi.

V jedné bývalé pražské porodnici došlo před více než 10 lety při spontánním porodu k ruptuře dělohy. Protože se nepodařilo včas opatřit potřebné množství krve, rodička zemřela. O několik měsíců

později se podobný případ opakoval a po projednání ve znalecké komisi byla tato porodnice uzavřena.

Všechny uvedené případy pak mohou zakládat právní odpovědnost jak lékaře, tak i zdravotnického zařízení. Pokud by v těchto případech byla prokázána vědomá nedbalost spočívající v tom, že ošetřující lékař mohl předvídat škodnou událost a bez přiměřených důvodů spoléhal, že se tak nestane, může dojít i k trestnímu stíhání. K takovému postupu může dojít i v případech, kdy lékař nepředpokládal, že nastane škodná událost, ale vzhledem ke svým odborným znalostem to předpokládat měl a mohl. Z dosavadních poznatků však vyplynulo, že trestní odpovědnost je vyvozována spíše výjimečně a nadto v případech, které jsou z hlediska porodnictví mimořádné.

Obecné opakované nedostatky byly zjištěny v opožděném rozhodnutí o převozu rodičky do zařízení, které by jí mohlo poskytnout dostatečnou péči. Jindy pracoviště překlad vyžaduje, ale není mu vyhověno. Takové žádosti je třeba dokumentovat s časovým údajem, protože namnoze je žena odmítnuta, protože specializované oddělení JIP, metabolická jednotka atd. nemá volnou kapacitu. V takových případech je vždy v dohodě s konziliářem stanoven režim náhradní, který, i když má menší úroveň odbornou i technickou, může zajistit v daných možnostech optimum.

Závažnou právní otázkou stále více se v současné době vyskytující tvoří případy, kdy se rodičky odmítají podrobit vyšetřovacím nebo léčebným úkonům, což pak nejen ohrožuje jejich životy, ale může vést k zániku plodu nebo ke smrti porozeného dítěte. V takových případech etická hlediska jednoznačně hovoří pro záchranu zdraví ženy poskytnutím odpovídající pomoci v souladu se současnými lékařskými poznatky. Právní situace je zdánlivě opačná. Pokud žena takovou pomoc lékaře po odpovídajícím poučení odmítne a podepíše o tom kvalifikované prohlášení, je lékař zásadně bez možnosti zachránit nejen její život, ale mnohdy i život dítěte. Právní věta o tom, že plod sleduje osud matky a nelze ho samostatně ochránit, která platí jen do jeho narození, je v zásadním rozporu s etikou lékařského povolání i s jeho povinnostmi podle složeného slibu. Určité případy, směřující k záchraně života a zdraví dítěte, bohužel

nikoli však všechny, lze i z hlediska současné právní úpravy řešit. Rodička totiž nemůže, jak bylo uvedeno, odmítnout porodit. Pokud rodička zemře a plod v této době ještě žije, lze postupovat tak, že budou zachovány základní životní funkce, mimo činnost mozku, dítě bude ve vhodné době porozeno a poté mu bude příslušet zvláštní ochrana jeho zdraví podle § 23 odst. 3 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v platném znění, bez možnosti negativně ovlivnit tuto péči např. dalším rodičem či jinou osobou.

Rovněž realizace prioritní záchrany zdraví nebo života rodičky naráží v některých případech i v České republice na nesouhlasná stanoviska.

Byly a opakovaně jsou zaznamenány nikoli teoretické, ale praktické případy, kdy těhotné ženy či rodičky, vedeny různými motivy, prohlásily, že trvají na tom, aby byl zachráněn plod. Většinou bylo i v písemných prohlášeních, nepřesně nazvaných reversy, uvedeno, že těhotné ženy znají současný stav a trvají na tom, aby bylo zachráněno dítě; málokdy si uvědomují, že jde o záchranu plodu, a to i za cenu vlastního života. Revers podle ustanovení § 23 odst. 2 zákona o péči o zdraví lidu v platném znění, je písemné prohlášení nemocného. V uvedených konkrétních případech je minimálně sporné, zda těhotná žena či rodička je osoba nemocná. Přesto nelze vyloučit, že její prohlášení, mnohde notářsky ověřené, má právní význam, zejména tehdy, prohlásí-li, že požaduje přednostní zdravotní péči pro své očekávané dítě. Proto je vhodné ji přesvědčit, že při lékařsky vedeném porodu nelze zásadně oddělit péči o ni od péče o narozené dítě. Po narození dítěte má rodička i narozené dítě stejnou ochranu zdraví. Přednostní péče je v rozporu se zdravotnickými předpisy a nadto o ní nemůže rozhodnout nikdo jiný než ošetřující lékař. Pokud by však prohlášení těhotné ženy směřovalo k záchraně zdraví plodu na úkor jejího zdraví či života, je vhodné jí vysvětlit, že pokud by zemřela, má i plod nebo narozené dítě nezaručitelnou naději na přežití. Navíc je třeba zdůraznit, že její prohlášení není v souladu s právními předpisy a má jen relativní hodnotu, přestože jeho vydání žádný zákon nezakazuje.

Konečně poslední možnou variací uvedené otázky je, nakolik má být chráněno zdraví, nikoli život ženy, před záchranou života nebo

zdraví plodu a narozeného dítěte. V takovém případě je situace shodná jako v prvním případě, kdy by měla být přednostní ochrana poskytována zdraví ženy. Úvahy v této situaci jsou však složitější a mělo by se počítat nejen s tím, zda se nenarodí geneticky poškozené dítě, ale i s jak závažným poškozením zdraví dojde u rodičky a u dítěte. Jedná se o odbornou otázku, kterou je nezbytné odpovědně posoudit, neboť pouze u této skupiny případů byly zaznamenány podané stížnosti. Ty většinou směřovaly proti postupu porodníků, zejména tehdy, když se ukázalo trvalé poškození dítěte. Pokud bylo shledáno, že postup porodníků odpovídal současným poznatkům lékařské vědy a že dodrželi primární ochranu zdraví ženy, byly stížnosti odloženy jako nedůvodné.

Dalším problémem je, že podmínkou platnosti reversu je odmítnutí potřebné zdravotní péče nemocnou osobou i po náležitém vysvětlení. Vzhledem k tomu, že zdravotní péče je i pomoc při porodu, její odmítnutí znamená, že by vlastní porod musel probíhat bez jakékoli účasti zdravotnických pracovníků, což je vyloučené, neboť v takovém případě by zemřela rodička a ani by nedošlo k porození plodu. Využití reversu podle zdravotnických právních předpisů by v takovém případě nic nezměnilo na případné právní odpovědnosti zdravotnického zařízení a konkrétních lékařů. Lze tedy jen doporučit vycházet ze stávající právní úpravy osvědčené v naší zemi více než 100 let a přednostně chránit život ženy před životem plodu.

Z praktického hlediska situace, kdy by při porodu mělo být rozhodováno, zda bude zachráněn život rodičky před porozením živého dítěte, je zcela výjimečně známa před zahájením vlastního porodu. Ve většině případů k ní dochází zcela náhle, kdy průběh porodu se zkomplikuje a kdy jistě není čas na vydávání nebo podávání jakéhokoli prohlášení nebo dokonce k podpisu reversu. Proto i z uvedeného hlediska je vhodné přednostně chránit život rodičky. Jiná, i když především etická, je situace, kdy má být rozhodováno nikoli o záchraně života ženy, ale mezi ochranou zdraví ženy a záchráněním plodu, tedy aby došlo k porodu živého dítěte. V takovém případě je většinou správně rozhodováno po zvážení všech důležitých skutečností, zejména jak závažné bude případné poškození zdraví ženy. Stížnosti ani nějaké podněty v takových případech nebyly zaznamenány.

V souvislosti se zavedením pravidel tržního hospodářství do zdravotnictví a se stavem zdravotního pojištění se může v této situaci dostat do střetu náhled ekonomický a medicínský. Nedotýká se jen péče o extrémně nedonošené, ale i o transplantace, léčbu infaustně onkologicky nemocných. Při řešení odpovědnosti nejsou argumenty ekonomické brány v potaz. Pokud ekonomické důvody zabránily lékařům postupovat *lege artis*, je odpovědnost na organizaci.

6.4.3. Doba otevírací – první doba porodní

■ Porodnické minimum

V době otevírací je třeba zajistit porodnické minimum, tj. zjistit frekvenci porodních kontrakcí (počet za 10 min), sílu kontrakcí palpačně, po 10 min sledovat frekvenci ozev srdce plodu stetoskopem, po hodině sledovat vaginálně, zda a jak se rozvíjí branka a jak progreduje hlavička. Při pokročilém nálezů se pod kontrolou protrhává vak blan. Aplikují se metody a prostředky k analgezii. Podle možnosti se zavádí kontinuální monitorování.

Dohled a regulování děložní práce, která je nejvýznamnějším faktorem celého porodu, je podstatnou součástí lékařského vedení porodu, kdy je snaha porod vhodně zkrátit. Zkrácení porodu cestou přes tokomimetika – většinou prostaglandin a oxytocin – nemůže být beze vlivu na děložní průtok, který přes uteroplacentární spojení podstatně ovlivňuje přenos kyslíku k plodu. Intramyometrální tlak činí až 90 mmHg, tlak v a. uterina 80 mmHg, svalovina dělohy působí tady jako živá ligatura. Nadměrná děložní práce – tachysystolie může vést k hypoxii. Je proto nutné volit takovou cestu, aby hypoxie plodu při urychlování porodu nenastala.

Děložní hyperaktivita se odráží nepříznivě nejen na stavu plodu, může ohrozit i samu rodičku. Vzhledem k tachysystolii u 35leté opakovaně rodičky (III/III) byly u plodu zjištěny opakované decelerace a bylo rozhodnuto provést ukončení porodu per sectionem. Během přípravy k operaci nastal šokový stav s bezvědomím, v závěru císařského řezu nastala zástava srdeční. Pitevní nález svědčil pro embolii plodovou vodou při průniku tromboplastických látek.

■ Slabá děložní práce

Častou situací je sekundární oslabení až zastavení porodní činnosti již v první době porodní. Pokud se po medikacích obnoví děložní práce, není důvod pro jakoukoli stížnost. Pokud nikoli, záleží na včasném a odpovědném rozhodnutí a především na konečném výsledku. Komplikace zdravotní, které mohou být důvodem stížnosti, nikoli však vyvození právní odpovědnosti, jsou vesměs ve spojení s vlekoucím se porodem, vyčerpáním rodičky, nepostupujícím porodem a ohrožením plodu hypoxií.

■ Změny rozhodnutí v průběhu porodu

Doposud se stále stává, že je přikročeno k císařskému řezu až na konci první doby porodní. Z pohledu ex post bývá vše jasné, při bezprostředním řešení se jeví situace jako složitější. Pokud nebyl včas zvolen postup odpovídající současným poznatkům lékařské vědy, nebo je zvolen nesprávný postup, jsou dány předpoklady nejen k uplatnění hmotné, ale i trestní odpovědnosti. Opakovaně dochází i k situaci opačné: vše je připraveno k císařskému řezu a rodička náhle samovolně porodí na operačním stole. Toto může být důvodem k stížnosti, ale nelze mluvit o porušení povinností a zanedbání; vzhledem k povaze porodního procesu se mohou takové situace přihodit.

■ Nebezpečí z prodlení za porodu

Faktor času se vine činností porodníka jako červená nit. Oscilace mezi přílišným konzervatismem a nadměrnou aktivitou se dají vystopovat při samém vzniku vědeckého porodnictví. Příčinou stížností je vesměs malá aktivita, kdy se čeká, otálí, oddaluje řešení. Když se konečně provede rozhodnutí, bývá pozdě. Poškození při opomenutí nebezpečí z prodlení je častou příčinou stížnosti. Je třeba permanentně dokumentovat časové údaje. Často se čeká na rozhodnutí, které vyžaduje konzilium jiného oboru, z jiného oddělení (interna, neurologie). Klíčovou může být nepřítomnost anesteziologa. Příčinou stížností může být i přílišná horlivost v aktivním vedení, kdy lékař

provádí výkony bez informování a souhlasu rodičky. Nebezpečí z prodlení vzniká u žen s nedostatečnou prenatalní péčí, které přicházejí do porodnice pozdě, kdy se na poslední chvíli připravuje základní dokumentace a vyšetření, která měla být dávno provedená (např. skupina krevní). Při chirurgických výkonech vznikají největší prodlevy při tzv. »rozhozování sálu«, což je příprava pacientky, nástrojů, sterilního prádla, anesteziologického přístroje, medikace atd. Proti této době je délka vlastního výkonu operátora podstatně méně významná, ale v porodnictví existují situace, kdy se jedná o sekundy.

Při urgentních situacích se zajišťují především základní vitální funkce, vyšetřovací a zabezpečovací kroky se z důvodu nebezpečí z prodlení zkracují na co nejracionalnější. Pochopitelně takový systém není rezistentní proti omylům. Při příjmu se nesmí zapomenout na triviální parametry: teplotu, krevní tlak, frekvenci srdeční! U zesnulé pacientky se zjišťuje až ex post, že nebyl před sectio proveden EKG, což sice nemělo v daném případě příčinnou souvislost, ale vypovídá to o neprofesionálním chování. V kritických situacích se může přihodit chyba a k tomu se přidružuje »pokračování v chybě«, které paradoxně někdy nastává tehdy, i když prvotní chyba je zjištěna – je to dominový, ničím nezadržitelný efekt. Při prodlení nepůsobí čas sám o sobě, ale alterované systémy, namnoze se projevuje sumace – součet – nepříznivých faktorů, které samy o sobě by poruchu nevyvolaly, jsou to pak proslulé poslední kapky trhající sud, známé z pokusů s hydrostatickým tlakem. Při forenzních případech je někdy obtížná domluva s právníky, nezabývajícimi se problematikou zdravotnictví, kterým je toto pojetí cizí.

6.4.4. Tlumení porodních bolestí

Porodní bolesti se netlumí jen z důvodů humánních, ale pro povahu procesu, který mohou vyvolat. Bolest má somatický vznik a zpětně se na tělesných orgánech odráží změnami vegetativních reakcí, přispívá k rozšiřování únavy až ke stavům exhausce, které mohou podstatně ovlivnit nejen průběh porodu, ale i samé zdraví rodičky. Znamená to, že tlumení bolesti není nějakým přepychem pro přecitlivě-

lé, je to základní lékařská povinnost. Sedare dolore divinum est. Proto pokud nastane použitím léků proti bolesti nějaká komplikace, nelze to primárně pokládat za iatrogenní zavinění, za komplikaci z přepychu. Tlumení bolesti je integrální součástí porodní péče. Nadměrné pocíťování porodních bolestí může ústit do tragédie.

K programovanému porodu byla přijata 20letá I/O, bez zvláštních známek. Byla provedena disrupce vaku blan, v následujících 6 h podány infúze s 5 j. oxytocinu, Enzaprost, 2x belasponové čípky. Porod dostoupil k brance 6 cm v průměru. Lékaři byli zaměstnání operací a rodička byla pod dohledem porodní asistentky. Za jejího doprovodu došla rodička s infúzí v ruce na WC. Sestra »odešla dělat rukavice« a rodička si zatím vytáhla infúzi z ruky a vyskočila z okna. Teprve po této tragédii manžel udal, že žena se porodu velmi bála. Kritizovat lze nedostatečnou pozornost, ale takové reakce jsou vyloženě raritní a těžko předvídatelné.

Existují ženy, sit venia verbo, fundamentalistického přesvědčení, které primárně odmítají použití jakéhokoli léku během těhotenství a pochopitelně i při porodu. Toto ponecháváme na jejich rozhodnutí a snažíme se přinést jim úlevu použitím metod relaxačních. Mohou nastat konflikty s rodičkami či doprovázejícími, kteří jsou podle svého přesvědčení chytřejší než lékař. Z právního hlediska lze k tomu jen dodat, že doprovázející osoby nejsou osobami nemocnými ani osobami potřebujícími lékařskou péči, a proto není třeba na ně brát ohledy jako na nemocné. Jejich napadení, pomluvy lze vždy oznámit příslušným orgánům.

Při použití analgezie je nutné získat souhlas rodičky, namnoze se tišení dožadují samy ženy. Nevhodné je postavit rodičku do situace ad hoc, kdy bez jejího souhlasu je aplikována lytická směs a teprve později se dozví, co dostala. Nejlépe je vysvětlit tyto obecně prováděné postupy při přípravě k porodu. Čím pronikavější je účinek analgezie, o to více je nutné počítat i s doprovodnými fenomény; některé se mohou objevit až po porodu. Při současné humanizační praxi se pokládá porozené dítě matce do náruče, aby se s ním potěšila. Pokud předtím byla aplikována lytická směs, může být narušena svalová koordinace, může nastat pokles krevního tlaku, novoroze-

nec může sklouznout z náruče a event. se poranit. Porodní kontakty matky a novorozence u žen, u kterých došlo k tlumení porodních bolestí, musí být vždy »jištěné« zdravotní sestrou. Na tyto okolnosti je třeba pamatovat zejména v systémech rooming in, kdy péči o dítě přebírá nedělnka, která může být medikací alterovaná.

6.4.5. Doba vypuzovací – druhá doba porodní

■ Opatření u samovolného porodu

V době vypuzovací smí rodička tlačit, když je branka zašlá, hlavička sestouplá na pánevním dně, plodová voda je odteklá a rotace hlavičky je ukončená. Pokud je branka zašlá nad jednu hodinu při nepostupujícím porodu a při splnění dalších podmínek, je třeba porod ukončit operačně císařským řezem pro nebezpečí otlaků na rodidlech ženy i na hlavičce plodu. Při vzniku píštělí se tato okolnost sleduje a bude předmětem znaleckého rozhodnutí. Během vypuzovací doby je rodička řízena při tlačení, v konečné fázi vypuzovací doby je porod veden tak, aby rodička nebyla vážně poraněna a plod se narodil v dobrém stavu. Není výslovně nařízeno kontinuální monitorování přístrojem. V době, kdy většina ústavů je již vybavena potřebnou aparaturou, je však v hodnocení znaleckých komisí častá výtka, že se neprovádělo sledování trvalé. Vytýkaný nedostatek by mohl mít i forenzní důsledky.

Kontrola ozev plodu v druhé době porodní poslechem stetoskopem se provádí po každé kontrakci. V případě alterace ozev svědčících pro hypoxii plodu, při nepostupujícím porodu má být porod ukončen operativně. Spory mohou vzniknout při posuzování »normality« záznamu. Je vytýkáno, že zavedení monitorování vedlo k rozšíření indikací pro provádění císařského řezu pro údajnou hypoxii, která po vybavení plodu potvrzena není. Na straně druhé je vytýkáno porodníkovi, že nezhodnotil včas na monitoru příznaky varovné a těhotenství neukončil. Je vhodné u všech císařských řezů a dubiozních porodů i u dětí klinicky v dobrém stavu nechat vždy vyšetřit pupečnickovou krev na Astrupa. Pokud jsou hodnoty v nor-

mě, je to pro porodníka důkaz, že plod primárně nebyl v hypoxickém stavu.

Vedení druhé doby porodní je v konečné fázi spojeno s prevencí závažného poranění matky, především ruptury hráze III. stupně, po které může nastat inkontinence. Trhlinu III. stupně, pokud je u porodu přítomen lékař a pokud provede dostatečnou epiziotomii, nelze pokládat za porušení lékařské odpovědnosti. Po kleštových operacích u abnormální rotace je to jev vyskytující se často. Do lékařského porodu byla v mnoha ústavech integrována epiziotomie, která je prevencí takových případů. Ruptury III. stupně vznikají mnohdy při asistenci žákyň – budoucích porodních asistentek, které mají povinný počet asistovaných porodů jako podmínku získání diplomu. Odpovědnost za jejich chyby při vedení porodu nese lékař, pod jehož vedením porod probíhá. Závažná je nepoznaná ruptura III. stupně, která může vést k poruchám kontinence plynů i stolice. Nelze argumentovat tím, že rupturu III. stupně lékař nezpozoroval, po těchto rupturách se aktivně pátrá vyšetřením per rectum na samém začátku sutury, nebo po jejím skončení! Nedodržení takového aktivního postupu je postupem non lege artis a může být předmětem zejména občanskoprávních žalob.

Problémy nastávají zejména u velkých plodů při výskytu disproporcí mezi velikostí plodu a porodních cest, v daném případě porodnické hráze. Nelze doporučit jako metodu volby cílené protínání svěračů, naopak postup lege artis k prevenci závažných poranění je laterální epiziotomie.

Poranění lze patřičně ihned po porodu reparovat a zařídit i potřebnou pooperační péči s tekutou dietou. Jde o velmi závažný výsledek, který by měl být prováděn vždy za přítomnosti nejzkušenějšího lékaře. Pokud by suturu prováděl třeba nastupující lékař bez atestace bez vědomí starších a došlo by k pooperační komplikaci, vzniká u něj právní odpovědnost; pokud k ní nedojde, mohou se volit opatření podle zákoníku práce. Potvrzuje to obecnou zkušenost, že lékař si má brát za normálních okolností na odpovědnost jen to, co odpovídá jeho kvalifikaci a služebnímu zařazení. V případě, kdy slouží více lékařů, a tak je tomu pravidelně, měl by přednosta nebo

primář určit odpovědného lékaře. Pokud se tak nestane, odpovídá služebně nejstarší lékař, a to i v případě, přeneso-li odpovědnost za určitý úkon na mladšího, který na to doposud kvalifikaci nemá. Epiziotomie je chirurgický výkon, ale jako operační dnes takový porod vykazován není. Sutura epiziotomie má povahu operačního výkonu srovnatelného s poševní plastikou. Vzhledem k úloze, kterou má hráz při udržování vnitřních rodidel a při intimním styku, musí jí být věnována patřičná pozornost. Pokud se v ústavu objevuje větší množství hojení hráze per secundam rozpadlé sutury, má to být vždy impulsem pro zavedení systémových opatření. Za vzniklé škody při tomto stavu odpovídá zdravotnické zařízení objektivně a nevyvratitelně.

Po porodu hlavičky porodník postupuje tak, aby neporanil plod frakturou klíční kosti nebo poškozením nervových pletení, řeší případnou dystokii ramének u makrosomních plodů. Frakturu klavikuly nelze posuzovat jako individuální zavinění, patří mezi běžná porodní rizika, navíc se zlomenina vesměs bez následků hojí, takže není důvod ani pro uplatnění náhrady škody.

■ Klešťový porod – Kristelerova exprese

Porod vedený vaginální cestou se může ze samovolného změnit v operační použitím kleští nebo vakuumextrakce, tedy nástrojů. Klíčovou otázkou je stav plodu, kdy se porodník permanentně věnuje monitorování srdeční frekvence a postupu plodu. Někdy na doporučení oftalmologa, kardiologa či neurologa je konečná fáze vypuzovací doby ukončena per forcipem. Indikace klešťového porodu vzniká namnoze akutně pro tíseň plodu – hypoxii, nebo při porodu nepostupujícím. Existují stavy hraniční, kdy se porodník rozhoduje, zda dále povede porod cestou vaginální, kdy porod ukončí per forcipem, či císařským řezem. Při hlubokém vstupu hlavičky mohou nastat potíže při vybavování, a to jak při porodu klešťovém, tak při císařském řezu, kdy může hrozit nebezpečí trhliny dolního segmentu popsané i s letálním průběhem.

Klešťový porod je spojen s větší morbiditou i mortalitou dětí, což je dáno již primárními indikacemi. Navíc při výkonu samém mohou vzniknout pochybení působící traumatizaci hlavičky s pozdějšími následky neurologickými a psychickými, proto je snaha klešťové operace co nejvíce redukovat. Také občanskoprávní odpovědnost v těchto případech je objektivní a nevyvratitelná. V případě, kdy v minulosti byl veden klešťový porod, který měl za následek poškození plodu, je to v budoucnu indikací pro provedení císařského řezu.

Sporné je provádění Kristelerovy exprese. Je to označení pro použití zevního tlaku přes přední stěnu břišní, čímž se má nahradit nebo zesílit nedostatečný břišní lis. Tlak se děje různými způsoby. Přijatelný je rozložený tlak plochou dlaně, prostěradlem, jako podpora nedostatečného lisu.

Metoda bývá používána většinou bona fide, aby se rodička vyhnula klešťové operaci. Pro urgentní situace, kdy je nebezpečí z prodlení, zejména při hypoxii plodu, je metoda málo účinná (např. strangulace pupečnickem) a zbytečně se prodlužuje doba, po kterou je plod hypoxii vystaven. Ke klešťové operaci se pak přistupuje po selhání uvedené metody, po zbytečných, namnoze bolestivých manipulacích, především za zhoršených podmínek pro matku i plod.

Další chyba tkívá ve způsobu provádění. Tlačí se často příliš velkou silou, bodově, nejčastěji loktem, namnoze tlak působí mimo podélnou děložní osu, kdy je děloha deviována do strany.

Nastanou-li při tomto způsobu porodu komplikace, jako je poškození plodu, veliké poranění rodidel, embolie plodové vody spojená se vznikem DIC, poranění žebér a vnitřních orgánů, je to znalcem hodnoceno jako non lege artis se všemi důsledky.

6.4.6. Třetí doba porodní a doba poporodní

■ Ošidnosti třetí doby porodní

Třetí doba porodní je z pohledu rodičky snadnou záležitostí, z hlediska morbidity, mortality a eventuální právní odpovědnosti je však

dobou namnoze životně závažnou. Z hlediska možných forenzních faktorů je potřeba znát krevní obraz před porodem a krevní skupinu. Při stávající anémii může pouhá fyziologická ztráta krve vést k fatálním následkům. Je třeba sledovat rizikové faktory podmiňující častější výskyt hypotonického krvácení – vrozené vady, myomatózu, hypoplastické dělohy, dělohy po zmnoženém obsahu, po vícečetných porodech, po polyhydramniu, u hypotoniček, u starých multipar, při primárně či sekundárně přítomné slabé děložní činnosti. Opomenutí může být hodnoceno jako postup non lege artis.

Rodiče se sekundárně slabými kontrakcemi byla podána infúze s 10 j. oxytocinu, proběhl úspěšný porod plodu i placenty. Ihned po porodu plodu byla infúze přerušena. Za hodinu po porodu nastalo hypotonické krvácení se šokovým stavem, rozvojem DIC, provedena hysterektomie a přes terapii na oddělení intenzivní péče následkům krvácení tato žena podlehla. Infúze s oxytocinem nesmí být po porodu placenty přerušena, musí být podávána ještě v poporodní době.

U císařského řezu prováděného pro hypoxii se nedařilo při manuální revizi bezpečně odstranit celou placentu, která vrůstala podle našeho přesvědčení do svalové tkáně. Nastalé krvácení se nedařilo stavět ani uterotoniky, ani opichy, a proto se přikročilo k hysterektomii. Na histologii diagnóza placenta accreta potvrzena nebyla. Výkon byl adekvátní podle dostupných varovných příznaků. Pro výkon bylo rozhodnuto především pro nezastavitelné krvácení, nebyl proveden pro diagnózu placenta accreta.

Po spontánním porodu a pečlivé děložní revizi pro chybějící část placenty nebyly žádné pochybnosti o úspěšnosti úkonu. Později při kyretáži byl nalezen velký kotyledon.

Na toto riziko – je možné, že část kotyledonu ještě v děloze zůstala – je vhodné upozornit předem jako na možný stav, který – stane-li se skutečným –, pokládá pacientka za doklad lékařské předvídavosti, a vyhneme se opět zbytečným stížnostem. Jedná-li lékař obráceně, tj. ujistí ženu, že »výkon probíhá v jeho zkušených rukou vždy perfektně a že paní má štěstí, že je ošetřována právě u něho«, pak dojde-li k nehodě, pacientku přinejmenším napadne, že se lékař holedbal.

Lékař je povinen po porodu placenty revidovat stav děložního hrdla a provést reparaci, při kontrole poranění, ať již je to ruptura či epiziotomie, revidovat i stav svěrače a konečníku.

■ Krvácení v třetí době porodní a době poporodní

Krvácení, zejména ve spojení s DIC, patří mezi nejdramatičtější situace porodnictví. Je mimo rozsah této publikace rozebírat odborné aspekty, které se postupně mění. Ukazuje se, že k zajištění péče nestačí jen porodník, nezbytná je spoluúčast člena anesteziologicko-resuscitačního týmu a konzultační účast hematologa. V takovém případě se účastní záchrany života až 10 pracovníků. Vzhledem k možným komplikacím, event. tragickým koncům je třeba ve vedení resuscitace zavést hierarchii. Naprosto nezbytné je vyčlenit jednoho zdravotnického pracovníka, aby vedl přesnou průběžnou dokumentaci, kde jsou uváděny parametry diagnostické: TK, frekvence srdeční, počet dechů, krevní obraz, laboratorní výsledky biochemické a zejména hematologické v časovém sledu, jak byly odesílány a přijímány. Průběžně se zapisuje medikace, doby aplikace náhradních roztoků, plazmy, krve, léků. Do příslušných rubrik se v časovém sledu zapisuje i činnost konziliářů. Vyplňování dokumentace ex post je vždy insuficientní, navíc poskytuje žalující straně možnosti napadnout dokument, že není autentický, že byl upraven nebo falšován. Chybí-li psaný dokument a jsou-li vyšetřování účastníci namnoze po delším časovém období, vznikají rozpory ve výpovědích, dané nikoli jen rozpory skutečnými, ale i výpadky paměti a různými pohledy na hodnocenou událost.

I taková zdánlivá maličkost, jako je propustka, může se v pohledu ex post jevit ve zcela jiném světle, vystupuje jako jeden z článků celého řetězce chyb.

U 34leté ženy v domácnosti II/II zjištěna dvojčata, provedena cerclage s hospitalizací. Ve 30. týdnu hospitalizována pro krvácení při suspektní parciální abrupci placenty. Ač opakovaně krvácela, dostávala propustky z nemocnice. Z jedné propustky se dostavila s odtokem plodové vody, porod byl indukován, později se rodí zdra-

vá dvojčata, při adherentním lůžku provedena manuální lýza, při hypotonii krevní ztráta kolem 800 ml. Zjištěna rozsáhlá ruptura hrdla, prováděny transfúze, za 4 h po porodu nastává šokový stav, bezvědomí a další krvácení, provedena supravaginální amputace dělohy. Po překladu na JIP provedena relaparotomie s exstirpací ponechaného děložního hrdla, přeložena na ARO vyšší nemocnice, kde znovu provedena laparotomie pro hemoperitoneum. Při pitvě zjištěno ireverzibilní poškození životně důležitých orgánů septickým stavem při DIC.

Svoji úlohu zde zřejmě sehrál i steh na děložním hrdle (cerclage), a to dvojnásobným mechanismem. Odpor proti děložním kontrakcím může vést ke vzniku abrupce a k vniknutí tromboplastických látek do krevního oběhu matky. Při zesílení kontrakcí působí tyto látky na vlastní rigidní hrdlo a mohou vést k jeho roztržení, což se v tomto případě rovněž stalo. Pokud je provedena cerclage a nastoupí kontrakce, je okamžitě indikováno přestřížení stehu, jinak hrozí tento stav. Při rozvoji DIC zjišťujeme i u jiných pacientek, že nestačí v léčbě supravaginální amputace, opakovaně se zbytečně operuje, a teprve při druhé laparotomii se provádí hysterektomie. Rodička nebyla až do příchodu na ARO heparinizována. U takové zátěže, jako gemini, cerclage, krvácení, nejsou vhodné propustky domů. Při hodnocení nelze tomuto faktu dát rozhodující úlohu, ale může být užít proti lékaři jako argument, že celkově vážný zdravotní stav byl podceněn.

Odběr krve jako zdravotní úkon nelze vykonávat bez souhlasu toho, komu má být krev odebrána; měl by rovněž souhlasit i s tím, k čemu bude odebraná krev využita.

Vzhledem k závažnosti rizika lze vyšetření na HIV navrhnout jako součást jiných vyšetření. V některých případech k takovému vyšetření bylo použito zbytku krve odebrané pro jiné účely, a tento postup zatím nebyl napaden.

6.4.7. Transfúze

Specifická problematika se týká krevní transfúze, která má přesně vymezená pravidla odebírání vzorků, laboratorního zpracovávání,

vydávání konzerv, zkoušek před vlastní aplikací atd. Řetězec je velmi dlouhý a přes nej přísnější kontroly transfúzní příhody z medicíny nevymizely. Porodnictví patří mezi obory medicíny, kde krevní ztráty mohou být enormní a smrt z vykrvácení, jak ukazují nejen naše, ale i cizí statistiky, v porodnictví přetrvává. Při velkých ztrátách krve, což je u DIC obvyklé, není k dispozici dostatečné množství krve zejména tehdy, jedná-li se o skupiny málo zastoupené. Nebezpečí záměny vzniká v případě, podávají-li se transfúze u více pacientek ve stejné době a na stejném místě. Konkrétně lze poukázat na následující případ:

U pacientky byly provedeny veškeré správné předepsané úkony. Lékař do zavedené kanyly dal hadičku od transfúzního setu, kterou mu podala sestra. Další připravená transfúze byla na stejné straně umístěna pro vedle ležící pacientku a nastala tak záměna. Pro lékaře to mělo za následek trestní řízení s uložením trestu.

Samostatnou skupinu problémů tvoří případy, kdy rodičky z různých důvodů odmítají transfúze krve v poporodním období a již není právní důvod provést takový výkon proti jejich vůli. Jiná situace by byla, kdyby žena bránila provést transfúzi svému dítěti. V takovém případě podle ustanovení § 23 odst. 3 zákona o péči o zdraví lidu má lékař právo provést transfúzi u dítěte proti vůli matky i dalšího rodiče.

Chyba se může stát i při největší obezřetnosti. 30letá (IV/II) prodělala tři neúspěšná těhotenství. Před poslední graviditou provedena metroplastika podle Jonese. Prenatální péče byla vedena s neobyčejnou pečlivostí. Těhotenství bylo plánovitě ukončováno iterativním císařským řezem. K operaci, při níž se předpokládala větší ztráta, bylo objednáno 1000 ml krve. U rodičky, u níž byla plánována operace, rozhodla její matka, že dceři pro větší bezpečnost daruje krev sama. Během operace nastala ztráta cca 700 ml, pro krvácení indikována transfúze. Rodičce s krevní skupinou A Rh poz. byla podána pro větší bezpečnost krev její matky skupiny A Rh neg. krve. Matka byla vedena jako dárkyně, ne však krve, ale séra pro vysoký titer anti-D protilátek. Transfúze vyvolala u dcery hemolýzu, rozvinula se DIC, provedena supravaginální amputace, krvácení pokračovalo.

čovalo a pacientka zemřela. Na možnost inkompatibility krve v Rh systému se vůbec neuvažovalo.

Samostatnou problematiku tvoří podání krve např. svědkům Jehovovým. Protože při porodu jde nejen o život a zdraví rodičky, ale i dítěte, lze využít ustanovení § 23 odst. 3 zák. 20/1966 Sb., a transfúzi provést.

6.4.8. Programované porody

Z právního hlediska, jak již bylo uvedeno, je porod stav, ve kterém je ženám poskytována potřebná zdravotní péče, na jejíž jednotlivé úkony se vztahují obecné i zdravotnické právní předpisy. Právo, jak již bylo opakovaně uvedeno, v zásadě hodnotí vlastní porod jako fyziologický proces, nikoli jako nemoc a rodička není osoba nemocná. I při nekomplikovaném porodu se využívá některých dalších medicínských postupů, které lze označit jako konkrétní léčebné metody, přičemž přechod je plynulý.

Závěr o poskytování léčebné péče při porodu platí v plném rozsahu např. pro postupy, které mají vyvolat, urychlit nebo zpomalit vlastní průběh porodu. S takovými postupy by měla být rodička zásadně seznámena, a pokud se nejedná o případ ohrožující její život nebo zdraví, měla by s nimi vyslovit souhlas. Odmítnutí takových postupů by se mělo stát obsahem příslušného reversu.

Uvedené metody by měly být voleny odpovědně a jejich ordinace odůvodněna především odbornými medicínskými hledisky. Klienti soukromých porodnic (těhotné ženy a příbuzní) si kladou požadavky, např. aby se porod odehrál určitý den. Při těchto tzv. programovaných porodech je vždy přítomný známý lékař, odpadají urgentní situace při převozu rodičky do ústavu, rodička má jistotu, že si lékař pro ni udělá čas, že nebude odvolán jinam. Porodník v těchto případech nečeká na přirozený nástup porodu, ale indukuje ho přípravou děložního hrdla i tokomimetickou léčbou. Lze očekávat, že s postupným nárůstem zkušeností s takto aktivně vedeným porodem se zvýší i bezpečnost této metody a bude existovat paralelně vedle konzervativních postupů. Pokud se při takovém postupu nic nestane, vše je v pořádku. V případě komplikací, např. zeslabení

porodních kontrakcí, lze pokládat otázku, zda k nim nevedla přílišná aktivita porodníka, nezemřela-li rodička »na dobrou péči«.

6.4.9. Poškození zdraví nebo smrt novorozence při porodu

Soustavné zlepšování kvality perinatální péče vede k pozvolnému poklesu perinatální úmrtnosti novorozenců. V roce 1997 byla tato úmrtnost snížena na 5,1 promile, což řadí naši zemi mezi nejpokročilejší v této oblasti. Předčasné porody činí 5,7 %. O výsledku proto rozhoduje každý jednotlivý případ, který se vždy hodnotí. Hodnoty kolem 5 promile lze pokládat za maximum, které je dnes v možnostech perinatální péče. V těchto ztrátách figuruje především nezralost, intrauterinní infekce, celkové psychosociální faktory a vrozené vady.

■ Smrt plodu před porodem

Úvodem je třeba konstatovat, že rozdíl mezi plodem a dítětem je v současné době určován délkou těhotenství a hmotností plodu nebo dítěte. Pokud dojde k porodu před 26. týdnem těhotenství nebo i v následujících měsících a plod nedosáhl hmotnosti 1 kg, jedná se o porod plodu. Dojde-li k porodu po 26. týdnu těhotenství a plod má hmotnost větší než 1 kg, jedná se o porod dítěte.

Uvedené rozdělení má význam nejen z hlediska zdravotnických výkazů, ale především z hlediska obecných přístupů k vyvozování právních odpovědností. U porodu mrtvého plodu, kromě případů nepoznaných, dochází k podáním stížností jen výjimečně. Naproti tomu u dětí zemřelých při porodu nebo zdravotně poškozených dětí jsou stížnosti na postup zdravotnických zařízení mnohonásobně častější.

Přesto z uvedeného rozdělení nelze dovodit, že okamžik vzniku života dítěte je v 26. týdnu těhotenství, neboť i v uvedené době je právní stav takový, že se jedná o ještě neexistujícího jedince bez právní subjektivity.

Dosti častým případem ohrožení zdraví ženy je mrtvý plod. Mrtvý plod s sebou nese riziko přechodu trombotických látek do krevního oběhu matky se vznikem DIC. Nerozpoznání takového stavu a nezajištění takové ženy je hodnoceno jako postup non lege artis se všemi právními důsledky z toho vyplývajícími. Vyvinění je jasné v případě, kdy se žena vědomě nedostavuje na preventivní prohlídky. Součástí prohlídek v pokročilém těhotenství je vždy objektivní stanovení srdeční frekvence u plodu; pokud tak nebylo učiněno, nastupuje odpovědnost. Pochybení nastává u tachykardie matky, která je snímána a mylně hodnocena jako normální srdeční frekvence plodu. Postup lege artis vyžaduje zjišťovat synchronně frekvenci srdce plodu i frekvenci srdce matky.

Jak je uvedeno, tuto skupinu tvoří případy mrtvého plodu nebo mrtvého neporozeného dítěte. Přitom k uvedenému stavu většinou dochází v době, kdy rodička ještě nebyla v péči porodnice. Pokud takový stav je zjištěn ihned po příchodu rodičky, nemůže být proti porodnici vyvozena žádná odpovědnost, kterou nesou ti lékaři, kteří měli rodičku v předchozí dispenzární péči.

K úmrtí plodu může dojít v době, kdy těhotná žena je v péči porodnice, např. pro ohrožené těhotenství. V takovém případě vzhledem k soustavné intenzivní péči o ni by měla být uvedena situace neprodleně zjištěna a přistoupit k vybavení mrtvého plodu. Nestane-li se tak bez zbytečného odkladu, odpovídá porodnice za možné poškození zdraví těhotné ženy vzniklé pro přenášení mrtvého plodu. Stejný přístup je k živě narozenému dítěti, které zemřelo v době péče o rodičku v porodnici. Zde spíše hrozí nebezpečí trestního stíhání než uplatnění obecné občanskoprávní odpovědnosti podle § 420 o.z.

V současnosti nastávají situace, kdy lze řešit ukončení těhotenství samovolným porodem, někdy za cenu ztráty života dítěte s extrémně nízkou hmotností, nebo volit císařský řez, kdy při nejisté prognóze takového plodu může k operačnímu riziku přistoupit i riziko další. Začíná-li žena prvorodička svoji reprodukční činnost císařským řezem dítěte s extrémně nízkou hmotností (pod 900 g), může se stát, že takový plod zemře a k tomu přistupují všechna rizika

operace, i s pozdními následky, např. neplodností. Rodičku seznámíme s jejím stavem a vyzveme ji, aby se vyjádřila sama ke způsobu ukončení těhotenství.

Ženy po léta sterilní, pro které je těhotentví vzhledem i k pokročilému věku poslední nadějí, budou volit císařský řez, ženy mladé se rozhodnou ve smyslu, že »těhotenství prvé bylo ještě na zkoušku, která se nezdařila« a rozhodnou se takový plod event. obětovat. Usnadnění takových rozhodování přinesla do velké míry neonatologie, kdy se nebyvalou měrou zlepšila péče o plody extrémně nízké hmotnosti. Při tomto postupu by nemělo docházet ke sporům. Oba postupy jsou kompatibilní s lékařskou etikou, jde o alternativní řešení s různě vyjádřeným zaměřením na budoucí život rodičky.

Úmrtí dítěte nebo plodu před porodem může nastat jako důsledek jeho předchozího poškození mechanicky, tj. při násilném jednání proti těhotné ženě, nebo jako důsledek úrazů, zejména po dopravních nehodách, pádech ap. V takových případech je třeba vést řádnou dokumentaci. Vzhledem k tomu, že příčinou smrti z uvedeného důvodu není činnost zdravotnického zařízení před porodem či během něho, nemělo by docházet ke stížnostem a požadavkům na náhradu škody, zejména tehdy, pokud je viník mechanického působení na plod znám. Tyto případy jsou vzácné.

■ Úmrtí dítěte při porodu

Další základní skupinou jsou případy úmrtí dětí při porodu. Nutno brát jako biologický fakt, že smrt dítěte může nastat někdy bez varovných příznaků náhle a je pak neodvratitelná.

Náhlou smrt plodu zjišťujeme u předčasného odlučování lůžka, po úrazu, při silném krvácení, trhlině děložní, výhřezu pupečníku. Důležitý je v dokumentaci údaj o mekoniu. Nejde jen o zkalení přední plodové vody při vstupní amnioskopii, pátráme po jeho přítomnosti i u císařského řezu jako jednoho z důležitých znaků svědčícího pro proběhlou hypoxii plodu. Pokud u dosud zdravé těhotné při náhlém úmrtí plodu nebylo prokázáno mekonium ani v přední, ani zadní plodové vodě, znamená to, že mechanismus smrti proběhl rychle

a neodvratitelně, což vylučuje možnost záchrany a zavinění. Takové případy jsou negativně hodnoceny, mnohdy veřejně, zejména příbuznými rodičky, ale k uplatnění právní odpovědnosti nedochází.

Nejčastější příčinou smrti při porodu je hypoxie plodu v důsledku místních či celkových změn u rodičky, a to jak akutních, tak i chronických.

K úmrtí dítěte při porodu může dojít při vývojové vadě, která je neslučitelná se životem. Existuje-li podezření na takovou možnost, měla by být s ní seznámena rodička a její rodinní příslušníci. Dojde-li k odhalení vrozeného poškození až při porodu, je nutné učinit odpovídající záznam do chorobopisu a v každém případě provést pitvu mrtvého dítěte. I když právní odpovědnost za smrt novorozence porodnice nemá, přesto jsou podávány stížnosti na její postup. Její zavinění pak vyvrátí nejen provedená pitva, ale i dobře vedená zdravotnická dokumentace.

Dítě může zemřít při porodu též proto, že bylo poškozeno účinky farmak užitých např. matkou buď proto, aby došlo k potratu, nebo pro jejich nevhodnou ordinaci. Přestože matka v takovém případě nemůže být postižena, takové skutečnosti se zatají a řada nedůvodných stížností směřuje proti porodnicím. Za uvedené situace je nezbytná pitva dítěte, jejíž provedení je uloženo.

Vyskytují se však i případy nesprávného posouzení, zda se dítě narodilo nebo zda se jedná o mrtvý plod, nebo zda dítě má takové vady, že vylučují možnost jeho další existence.

Jedná se o medicínské posouzení, ale pochybení může mít závažné osobní důsledky pro porodníka, který vedl porod.

V jednom jihomoravském městě byly porozeny dva plody, které podle názoru porodníka neměly valnou naději na přežití. Proto je označil jako mrtvé plody, o které se dále nemělo pečovat a měly se zlikvidovat. Oba plody však poporodní dobu přežily a s odstupem krátkého času jevíly známky života. Proto byly oživovány a dokonce převezeny na fakultní pracoviště, kde však za několik hodin zemřely.

V tomto případě došlo na základě oznámení k trestnímu stíhání a odsouzení porodníka. Současně byl vyšetřován primář oddělení

*a vina byla dávána i porodní asistentce, která jednání lékaře neza-
bránila. K jejich trestnímu postihu však nedošlo.*

■ Poškození dítěte při porodu

Nejčastější je uplatnění občanskoprávní odpovědnosti, tedy požadavek na zaplacení náhrady škody při poškození zdraví nebo při smrti novorozence. V těchto případech se většinou jedná o kombinované působení hypoxie a traumatismu, event. operace.

Závažnější je situace, kdy k vybavení plodu dojde při operaci za použití nástrojů (většinou klešťové operace) a narodí se poškozené dítě. V takovém případě jsou stížnosti časté. Jejich důvodnost záleží na tom, zda se přesně odliší případy poškození dítěte, způsobené ještě hypoxickým stavem před klešťovou operací, od škod vznikajících samotnou operací. Operace se neprovádí bez indikací a vážného důvodu, plod v době indikace může být již vážně poškozen. To lze rekonstruovat podle dokumentace, podle fetálního monitorování, zřídka je k dispozici vyšetření pH ze skalpu dítěte. Někdy může v poškození figurovat i vrozená vada, ale stížnost je podána na způsob vedení porodu. Přitom právě u případů geneticky poškozeného dítěte jsou podávány nejen stížnosti, ale i návrhy na zahájení trestního řízení. Jejich motivem je někdy snaha zastřít genetické důvody poškození plodu, které jsou na straně rodičky nebo otce dítěte a které jsou mnohdy rodině známy. Motivem stížnosti může být snaha odvrátit v okolí mínění »o dědičném zatížení v rodině«, především však figurují důvody zjištěné. Snahou je doložit, že vina je na zdravotnickém zařízení. V takových případech je důležité nejen odpovědně vést zdravotnickou dokumentaci, ale soustředit dokumentaci i z předchozích vyšetření porodů.

U okresního soudu byla podána pět let po porodu občanskoprávní žaloba o náhradu škody proti zdravotnickému zařízení v okresním městě na základě tvrzení, že při porodu byly neodborně použity kleště, které nešetrně stlačily hlavičku plodu, čímž došlo k poškození dítěte, projevující se jeho zřetelně zpožděným mentálním vývojem. K žalobě

byl doložen znalecký posudek o výrazném zpožděném rozumovém vývoji dítěte a v posudku bylo výslovně uvedeno, že příčinou mentálního stavu dítěte bylo použití nástrojů při porodu. V probíhajícím občanskoprávním řízení byl podán další znalecký posudek, ve kterém bylo konstatováno, že při porodu byly použity odpovídající nástroje a že výsledku, ke kterému došlo, se nedalo zabránit. Okresní soud, který rozhodoval v první instanci, žalobu zamítl, neboť neshledal zavinění zdravotnického zařízení. Odvolání podáno nebylo.

V uvedeném případě došlo k příznivému výsledku proto, že soudy odpovědnost zdravotnického zařízení posoudily podle obecného ustanovení o odpovědnosti, tj. § 420 o.z., a nikoli podle speciálního ustanovení § 421a o.z. Při posouzení podle speciálního ustanovení by však odpovědnost zdravotnického zařízení byla objektivní a nebylo by ji možno vyvrátit odkazem na správný postup při použití nástrojů. V takovém případě by účinnou obhajobou zdravotnického zařízení mohlo být jen prokázání, že mezi poškozením dítěte a postupem při porodu není příčinná souvislost.

■ Porod zdravotně poškozeného dítěte

Protože dosavadní metody nedovolují odkrýt všechny vrozené vady, může nastat situace, kdy se porodí dítě s vrozenou vadou, když byl předpokládán normální stav narozeného dítěte. V takovém případě se poškozená strana i veřejnost dožadují, aby byla zjištěna příčina a následně zavinění. Příčiny vrozených vad jsou namnoze neznámé a nezjistitelné. Rodička, a zejména její okolí, spatřuje příčinu narození takového dítěte ve špatné péči porodníků. Pokud není ještě za pobytu v porodnici porodníky a pediatry přesvědčivě objasněno, že zdravotní poškození dítěte nemá příčinu ve vlastní porodní a poporodní péči, téměř vždy dochází k podání stížnosti na nesprávný postup a je často navrhováno zvážení trestní odpovědnosti. Vzhledem k tomu, že případy porodů zdravotně poškozených dětí znalci a znalecké komise správně posuzují, a protože v takových případech je trestní odpovědnost zdravotnických pracovníků téměř vždy vyloučena, k jejich postihům nedochází.

Obtížnější je však posouzení občanskoprávní odpovědnosti v případě dítěte poškozeného při porodu. Podle zahraničních informací se někteří advokáti domáhají značně vysoké náhrady škody, a to až do výše několika set tisíc korun. V těchto případech je nutné opatřit kvalifikovaný znalecký posudek. Pokud poškození dítěte vzniklo v důsledku nesprávné předporodní nebo porodní zdravotní péče a je-li to v příčinné souvislosti se zdravotním poškozením dítěte, není vyloučeno úspěšné uplatnění obecné náhrady škody, která může být přisouzena ve značně výši. Pokud by poškození dítěte bylo v souvislosti s použitím přístroje nebo v souvislosti s použitím nevhodného léku ordinovaného matce, je dána objektivní odpovědnost toho zdravotnického zařízení, kde k ordinaci léku došlo. To znamená povinnost takovou škodu uhradit. Proto na rozdíl od dřívější doby se zdá výhodnější, aby se i státní zdravotnická zařízení proti občanskoprávní odpovědnosti pojistila.

Existuje řada vrozených vad, které při odpovídající péči lze úspěšně léčit, což dovoluje např. zachránit dítě se srdeční vadou či hydrocefalem.

Je otázka, jaká péče má být narozeným zdravotně infaustně postiženým dětem poskytována. Z právního i etického hlediska je obecně odmítán názor, že by porozeným dětem, které nemohou samostatně, bez použití reanimačních přístrojů porod přežít, neměla být poskytována žádná péče. Rovněž je odmítán názor, aby takovým dětem byla poskytována náročná péče, která by je stejně při životě nezachovala. Je obecně přijímáno stanovisko, že takovým dětem má být poskytována základní péče.

6.4.10. Odpovědnost neonatologického pediatra a dětské sestry u porodu

V renomovaných ústavech je samozřejmostí přítomnost pediatra u všech porodů, tj. i u fyziologicky probíhajících. Pediatr je odpovědný za vyšetření novorozence po stránce základních životních funkcí, kdy většinou sumarizuje ve schématech podle Apgarové – Apgar score. Nejčastější pochybení je nedostatečná kontrola pod-

vázaného pupečníku, kdy může sklouznout ligatura, a později na oddělení může novorozenec silně krváčet. Je to záležitost veskrze banální, ale životně důležitá. Při nejistotě se provádí vyšetření podle Astrupa.

Pediatr provádí orientační vyšetření neurologické. Při aspekci se pátrá po vrozených vadách. Hodnotí se konfigurace, event. konformace hlavičky, výskyt kefalhematomu, popisují se lokalizace impresí po kleštích, zajišťuje se vyšetření při podezření na nitrolebeční krvácení. Veškerá dokumentace má klíčový význam při posuzování event. škody způsobené novorozenci při porodu. Není-li rozštěp rtů, může se přehlédnout rozštěp tvrdého a měkkého patra, atrézie konečníku, atrézie jícnu, defekty končetin, m. Down, provádí se screening na vrozené vady metabolické.

Novorozence přejímá bezprostředně po porodu pediatrická sestra v době, kdy matka není ještě schopna se o něj starat. Pokud se dítě svěří do opatrování matce, je třeba se přesvědčit, že je příčetná a schopná tuto funkci zastávat. Kontrola na oddělení se týká základních funkcí, neurologického stavu, pátrá se po zvýšeném slinění při atrézii jícnu, sleduje se močení, nástup defekace, tělesná teplota, provádějí se podle potřeb vyšetřování mikrobiologická, hematologická a jiná hodná zřetele. Při nehodách, kdy dětská sestra dítě upustí, či nastane-li jakékoli jiné zavinění, je věcí profesionální etiky okamžitě chybu přiznat, což je spojeno pochopitelně s právní odpovědností osoby či organizace, ale je to polehčující okolnost.

6.4.11. Mateřská úmrtnost

Mateřská úmrtnost je celosvětově sledovaný parametr. Lze konstatovat, že se v průběhu let snižuje, ale mohou nastávat výkyvy dané poměrně malými absolutními čísly. Za období 1991–1995 na 574 760 živě narozených připadá 75 zemřelých rodiček. Za rok 1996 z 90 446 porodů činí neočištěná mateřská úmrtnost 8,8 ‰, očištěná 7,7 ‰. Jelikož se všeobecně s takovou úmrtností nepočítá, je většinou každý jednotlivý případ osobní tragédií, kdy se namnoze pátrá po osobní odpovědnosti, nebo odpovědnosti zařízení.

Ověřenou skutečností je, že v 60 % je poškození zdraví nebo smrt rodičky při porodu výsledkem specifických rizik. Úmrtí z uvedených důvodů jsou pak nejčastějšími příčinami stížností rodin zemřelých. Dominuje krvácení, embolie, sepse, eklampsie, děložní ruptury, abrupce placenty, peroperační a pooperační příhody, komplikace interní a neurologické. Pro úplnost lze uvést, že k 40 % úmrtí při porodu dochází v důsledku zhoršení nemocí, kterými rodičky trpěly již před porodem, ale na tyto případy úmrtí jsou stížnosti podávány jen zcela mimořádně.

Srp podává pořadí úmrtí podle příčin od roku 1978 do roku 1995 z celkového počtu 434 zemřelých.

Na prvním místě 434 úmrtí figurovala v těchto letech trombóza a embolie 20,5 %, krvácení v 14,7 %, kardiovaskulární komplikace v 18,3 %, operační komplikace v 8,1 %, pozdní gestóza v 7,6 %, infekce v 7,4 % atd. Specifická těhotenská onemocnění činí 61,3 % a jsou nejčastějšími příčinami stížností.

Nespecifická onemocnění, jako srdeční, onkologická, neurologická, diabetes, krevní choroby atd., tvoří 38,7 %. Vzhledem k tomu, že se zhoršovala onemocnění, kterými trpěly rodičky již před těhotenstvím, jsou u těchto případů úmrtí podávány stížnosti jen výjimečně.

Na úmrtí měla neadekvátní terapie podíl cca 40 %, u nespecifických onemocnění cca 21 %. Z toho je patrné, že existují ještě rezervy i objektivní důvody, aby se podobné případy co nejpečlivěji analyzovaly a aby byla přijímána i rozhodnutí týkající se organizace práce, neboť k 12 % případů úmrtí rodiček došlo právě z uvedených důvodů. V cca 20 % je to selhání zdravotnické techniky. Dále jsou to případy nedostatků organizace při vlastním poskytování zdravotní péče při porodu – 12 %. Úmrtí z nezjištěných či z nezjistitelných příčin tvoří jen 1,4 % z celkového počtu zemřelých.

Pokud i v těchto případech došlo k postupu, který není v souladu s poznatky lékařských věd, jsou dány předpoklady pro vyvození právní odpovědnosti.

Při úmrtí rodiček v souvislosti s císařským řezem ve více případech došlo k trestnímu oznámení na konkrétního lékaře, ale i na neznámého pachatele, neboť příbuzní zemřelé se domnívají, že ne-

dbalostí zdravotníků byla způsobena smrt. V takových případech se zkoumá a znalecké posudky se zaměřují na to, zda byla dostatečně vyhodnocena možná rizika spojená s těmito operačními výkony, a to jak z hlediska porodních cest, sil a objektu, tak i z hlediska celkového zdravotního stavu rodičky. Dále se zkoumá, zda příčinou poškození zdraví a smrti nebylo pochybení při vlastním operačním výkonu, za který nese případnou trestní odpovědnost operatér. Přítomný anesteziolog nese právní odpovědnost za průběh narkózy, a to i v případě nesprávného zapojení nebo nevčasného rozpoznání špatné činnosti narkotizačního přístroje nebo za pozdní informaci o zhoršujícím se stavu operované z vitální urgentní indikace.

Na ublížení na zdraví či smrti při provádění císařského řezu se nikoli výjimečně podílejí i skryté nedostatky v činnosti použitého přístroje, až po jeho úplné funkční selhání. V takových případech je nepochybná objektivní a nevyvratitelná odpovědnost zdravotnického zařízení, kde k takovému případu došlo. Byla-li však příčinou selhání přístroje jeho nedostatečná údržba a kontrola, nesou za to od trestní po pracovně právní odpovědnost příslušní pracovníci technických služeb. Pokud by k poruše došlo technickou závadou, má zdravotnické zařízení možnost požadovat náhradu škody na výrobci, dopravci nebo organizaci, která přístroj zdravotnickému zařízení dodala. Podle druhu závady takovou odpovědnost má i po uplynutí záruční lhůty, pokud byl přístroj řádně užíván a udržován.

■ Smrt těhotné

U zemřelých těhotných, zejména po úrazech, připadá v úvahu *sectio in mortua*. Zatím tato možnost je globálně zcela výjimečná, pokud k ní vůbec došlo. Není však známa ani stížnost, že taková operace k záchraně plodu podniknuta nebyla. V zahraničních prameňech se popisují *sectio in mortua* zejména u automobilových havárií, kdy resuscitace těhotné ženy je prováděna tak dlouho, až lze porodit plod. Z právního hlediska je i v tomto případě matkou žena, i když u ní nastala smrt mozku, tedy vlastně žena, která byla v době porodu mrtvá.

6.5. Problematika císařského řezu

6.5.1. Základní přístupy

Císařský řez, jak bylo uvedeno, může být ze závažných příčin indikován již primárně (např. úzká pánev, placenta praevia, hypertenze, poloha čelní), někdy indikace vzniká až v dynamice porodu (slabé děložní kontrakce, hrozící hypoxie plodu), někdy urgentně (výhřez pupečníku, abruptio placentae po polytraumatu, ruptura dělohy).

Oproti dobám, kdy císařský řez byl doprovázen vysokou úmrtností, se nyní stal operací relativně bezpečnou, s kterou mají lékaři velkou zkušenost, protože patří mezi porodnickou každodennost. Nicméně rozbory ukazují, že úmrtnost matek je při této operaci a v jejím důsledku 4x vyšší, než je tomu u samovolného porodu.

Frekvence císařských řezů narůstá i v důsledku sekundárně prováděných řezů ve smyslu »císařský řez jednou, císařský řez vždy«. U řezů prováděných potřetí riziko těhotenské i samotné operace pochopitelně narůstá ještě větší měrou. Musí se počítat s prodělaným hojením per secundam, jizevnatými změnami dolního segmentu a se srůsty, které jsou obvyklé po každé laparotomii.

V současné době se porodníci často setkávají s požadavkem, aby byl proveden císařský řez, i když jsou všechny předpoklady pro porod samovolný. K souhlasu s takovou žádostí těhotných se má zásadně přistupovat jen tehdy, pokud je takový postup odůvodněn medicínsky. Výjimkou může být ultimum desiderium – přání u žen, u kterých předpokládáme, že těhotenství je poslední šancí mít dítě.

Někdy nastane situace, kdy s navrženým řešením – porodem císařským řezem – které se minimálně dotýká práv někoho jiného než těhotné ženy, ona souhlasí, ale její manžel nikoli. V tomto případě je názor muže právně irelevantní a pro zdravotnické zařízení není závazný. Musí se ovšem počítat s aktivitou partnera u eventuálně vzniklých komplikací, podrobně o možném riziku ženu informovat a získat její písemný souhlas. Současně je vhodné o jejím stanovisku a jejím souhlasu informovat manžela.

V praxi se však vyskytují i případy opačné. Ačkoli z medicínského hlediska je indikováno provedení císařského řezu, těhotná žena tuto operaci i přes odpovídající poučení, že bude ohroženo zdraví a život dítěte, odmítá. V takovém případě je nezbytné vyžádat si od těhotné ženy revers, neboť se jedná o provedení zdravotního výkonu, v kterém bude výslovně uvedeno nejen odmítnutí císařského řezu, ale stanovisko těhotné ženy k možnosti, že se dítě narodí poškozené nebo mrtvé.

Protože císařský řez je léčebným výkonem a protože v rozhodné době dítě právně ještě neexistuje, nelze císařský řez provést proti vůli těhotné s odůvodněním zájmu na záchranu plodu. Pokud by lékař provedl císařský řez proti vůli ženy s odůvodněním záchrany plodu, postupoval by protiprávně. Pokud by nastaly komplikace, lékař i zdravotnické zařízení by za to nesli právní odpovědnost. Naproti tomu pokud by probíhal porod samovolný a dítě by bylo mrtvé nebo vážně poškozené, je postup v souladu s právem a nemohlo by dojít k vyvození trestní ani občanskoprávní odpovědnosti.

Jiná je situace, kdy bezprostředně v souvislosti s indikovaným císařským řezem nastalo vážné narušení zdraví či smrt. Pak lékař musí na podkladě výhradně medicínské argumentace zdůvodnit, proč takovou, větším rizikem zatíženou operaci indikoval a provedl. Rozhodování v této existující rozporné situaci není snadné. V případě objektivně existujícího rizika se lékař řídí určitou statistickou pravděpodobností. Pokud se vyskytují pochybnosti o způsobu vedení porodu a jsou k dispozici různé alternativy řešení, je jeho povinností upozornit rodičku na rizika z obou stran, aby mohla vyjádřit své mínění.

Při konkrétním rozhodování toho kterého lékaře se bude promítat rozpor mezi konzervativismem či aktivním postupem. Každý má svá úskalí. Zkušenosti ukázaly, že pokud dojde k rozhodnutí, aby plod byl vybaven císařským řezem, které není medicínsky odůvodněno, vzniká nebezpečí pro zdravotnické zařízení, protože k takovému výkonu je použita řada nástrojů. Pokud při tom dojde k poškození zdraví, způsobené okolnostmi, které mají původ v povaze těchto nástrojů, může být uplatněna zmíněná objektivní a nevyvratitelná občanskoprávní odpovědnost. Přitom není vyloučena ani trest-

ní odpovědnost lékaře, který o císařském řezu rozhodl, a dalších lékařů, kteří tento výkon provedli. Neprovedení císařského řezu kromě medicínsky indikovaných případů, za předpokladu očekávaného porodu samovolného, nese naopak pro zdravotnická zařízení minimum rizik.

6.5.2. Vlastní provedení výkonu

Pro tuto operaci je třeba stanovit racionální indikaci a pro její provedení zajistit veškeré vhodné podmínky. Množství nebezpečí se skrývá za přehlédnutím banalit, jako je zajištění krve, interního vyšetření, bandážování, heparinizace, včasné zajištění anestézie, pediatra atd. Střední zdravotnický personál musí zajistit další záležitosti »životního významu«, tj. převzít přinesené, i když nedoporučované šperky, hodinky a jiné předměty v osobním vlastnictví.

Jako je nutné zachovávat vážnost při rozhovoru s rodičkou, i operační sál by neměl být locus gaudii – místem pro legraci. Pro rodičku představují chvíle před operací nanejvýš životně závažný zážitek. Komunikaci s ní přebírá zejména anesteziolog, který ji informuje o tom, jak si má počínat, jak dlouho bude operace trvat, kdo převezme dítě, kdy jí ho ukáží ap. Takové počínání je vhodnou prevencí nejrůznějších stížností na personál, který se »pochechtával a nebral její situaci vážně«, na opuštěnost, přítomnost mediků atd. V případě epidurální anestézie operovaná vše vnímá a lze jí ukázat dítě ihned po vybavení, současně slyší operující, jak se zlobí, že nedostali správný nástroj, že se přetrhl steh, když se dohadují třeba o malých komplikacích. Může to interpretovat jako neshody. Problémy tohoto druhu nastávají i u narkózy. Při lékařské profesionalitě není pokládán černý humor ap. za porušení etiky, při pohledu zevním se jeví jinak. Pokud nastane operační či pooperační komplikace, může jí přihlížející z řad mediků, pomocného personálu ap. zjednodušeně přisoudit nedostatečné vážnosti, s jakou byla operace prováděna.

Na každé operaci lze při dobré vůli nějakou chybu nalézt, kritizován může být pečlivý lékař ošetřující krvácení, že se s tím »zby-

tečně babral«, stejně jako operatér rychlý, který »jednal riskantně a zbrkle«. Lékař si musí uvědomit, že není na sále sám a vše, co dělá a řekne, může být použito proti němu.

Práce lékaře – operatéra při císařském řezu nezná pohody plánovaných operací. Jedná se o výkon technicky snadný, který má však zejména u opakovaných řezů své záludnosti, a je třeba zachovávat obezřetnost. Pokud není užita epidurální anestézie, není vhodné při narkóze dobu vybavení dítěte prodlužovat. K hypoxii se může přidružit navíc účinek narkotizační látky a ztěžuje se tím resuscitace plodu. Lékař se musí při výkonu maximálně koncentrovat. Rizika existují u každé operace a císařský řez není výjimkou, mohou nastat v jakékoli fázi operace, později v pooperačním období, mohou být i pozdní důsledky.

Zastoupeny jsou podobné příhody jako v obecné chirurgii, přistupují zvláštní specifické jen pro tuto operaci. Při laparotomii, hysterotomii, vybavování plodu se může přihodit: léze střeva, močového měchýře, roztržení dělohy vedoucí event. k hysterektomii. Při sutuře dělohy a laparotomické rány může nastat: prošíání močového měchýře, sešíání horního okraje rány po hysterotomii k vnitřní stěně na dorzální straně dělohy, neošetřené děložní krvácení, krvácení na pliecae vesicouterinae, svalech, fascii, podkoží, může být špatně adaptována kůže.

Pokud k takovému případu dojde, podané stížnosti jsou řešeny ve znaleckých komisích nebo znalci. Pouze v případech zásadního porušení základních medicínských přístupů je proti konkrétním lékařům vyvozována nějaká právní odpovědnost. Při škodě na zdraví však porodnice či zdravotnické zařízení má objektivní a nevyvratitelnou hmotnou odpovědnost.

Důsledná pozornost, stejně jako u jiných operací, by měla být i u prováděných císařských řezů věnována rouškám a použitým nástrojům. Na vysušování krve a plodové vody se většinou užívají roušky a tampóny na tampónových kleštích. Existují i nejrůznější jiné způsoby, které však mají svá rizika. Opakovaně se stává, že dutina břišní se uzavře a rouška, event. nástroj v ní zůstane. Prevencí je počítání roušek instrumentářkou před započítáním operace a opětné počítání

použitých a nepoužitých roušek před zavíráním dutiny břišní. Jde o účetnictví, které by nemělo mít chyby, ale opakovaně se chyby stávají.

Prevencí je i používání stejného počtu roušek a jejich umísťování do stejných prostorů, ale každý sebelépe vymyšlený stereotyp se může porušit. Roušky mohou být spojené a dvě jsou počítané jako jedna již při sterilizaci. Operující nemůže spoléhat na to, že v břiše jsou jen roušky, které tam umístil sám, zejména při větším sušení může asistující použít další, aniž by o tom operátor věděl. Před spočítáním roušek se má operující přesvědčit, že v dutině břišní žádná rouška nezůstala.

Je zkušenost, že namnoze teprve počítání roušek upozornilo, že v dutině břišní ještě nějaká rouška zůstala, ač operátor si byl jistý, že vše je v pořádku. Stane se, že dutina břišní je uzavřena přesto, že při počítání jedna rouška chybí. Přes prohlédávání a revizi se jí nedaří v břiše nalézt. Událost je potřeba dokumentovat, aby byl zjištěn stav jasně podchycen a popsána i snaha o vyjasnění takové »záhady«. Nejčastěji může ztracenou roušku odnést pediatr spolu s dítětem. Pro tyto pochybnosti byly roušky opatřovány i kroužky či jinými prostředky, které bylo možno na rtg kontrastně znázornit. Stalo se, že počet roušek byl v pořádku, ale chyběl kroužek, který se pak v dutině břišní obtížně hledal.

Právní odpovědnost má operátor, nebo odborně či funkčně nejvyšší lékař přítomný u operace. Ten nese odpovědnost případně i za lékaře, kterého učí. Dále je to instrumentárka ručící za svěřený inventář. Je nepřijemné, stane-li se tato příhoda a v dokumentaci není výslovně zaznamenána formule: »Dutina břišní uzavřena po spočítání roušek a malých nástrojů, jejichž počet souhlasí«. Může to být důvodem k obvinění, že kontrola provedena nebyla. Pokud se rodička vůbec dozví, že při její operaci byla ztracena rouška nebo drobný nástroj a požaduje náhradu škody, není právně složité stanovení odpovědnosti porodnice či zdravotnického zařízení, ale komplikované je určení výše škody, které, pokud nenastane trvalé poškození zdraví, je omezeno jen na bolestné. Oznámení takových případů nevede k vyvození trestní odpovědnosti.

6.5.3. Operační riziko při císařském řezu pro plod

Toto riziko existuje, je reálné při špatném celkovém stavu matky, jako je krvácení, anémie, srdeční vada, komatózní stav, hypoxie při prodloužené operaci pro srůsty, říznutí do plodu při hysterotomii, poranění hlavičky při obtížném vybavování, poranění cervikálního pletence, zlomeniny klíčku a končetin, zhmoždění plodu o rozvěrák, crush syndrom při zhmoždění zejména nedonošeného plodu. Lékař má ve svém zájmu předem na možnost těchto komplikací upozornit. Právní odpovědnost v těchto případech je stejná jako u poškození novorozence při porodu.

6.5.4. Pooperační komplikace

Pooperační komplikace po císařském řezu se vyskytují často, mohou se stát předmětem šetření, zda bylo postupováno lege artis. Bývá to krvácení s event. tvorbou hematomu: z podkoží, ze subfasciálního prostoru, z děložní rány do břicha, z okrajů plicae vesicouterinae, ze sutury děložní, z a. v. epigastricae, DIC, krvácení hypotonické po zmnoženém děložním obsahu, placentarní rezidua post partum. Namnoze se operuje v zánětlivém terénu při intraamniální infekci. Častou komplikací jsou proto zánětlivé stavy, hojení per secundam se špatným efektem kosmetickým po nesprávné adaptaci kůže, rozpad laparotomické rány, endomyometritis, rozpad děložní sutury. Infekční procesy mohou z lokálních ložisek generalizovat do sepse. Při výskytu pooperační embolie se pátrá, zda byla preventivně aplikována heparinizace. Zdravotnické zařízení, kde byl proveden císařský řez, nese odpovědnost i za tyto případy.

6.6. Narození dítěte

Proběhne-li porod a narodí-li se dítě, nastane případ, kdy podle § 23 odst. 3 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v platném znění,

o všech léčebných výkonech, které jsou nezbytné pro záchranu života nebo zdraví dítěte, může rozhodnout ošetřující lékař, a to i v případě, kdy by k jejich provedení matka, event. i otec odpírali vydat souhlas. Proto rozhodování o všech zdravotních výkonech k záchraně života narozeného dítěte je plně v rukou lékaře.

V konkrétní praxi je pak dovozováno, že život dítěte je i v poporodním období svázán se životem matky, a proto např. o podání krevní transfúze matce se tvrdí, že se jedná o úkon zachraňující život dítěte. Takový výklad však zatím nebyl oficiálně potvrzen a jeho prosazování je zbytečně komplikované. Spíše se jeví v takovém případě možnost postupu podle § 23 odst. 4 písm. c) citovaného zákona o péči o zdraví lidu, který opravňuje bez souhlasu, v tomto případě nemocné rodičky, provádět všechny potřebné léčebné výkony tehdy, kdy není možné vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu vyžádat si její souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně nejen jejího života, ale i jejího zdraví.

U porodu dítěte je z hlediska některých právních vztahů rozhodný okamžik, od kterého se počítá narození dítěte. V současné době je pro stanovení doby narození dítěte rozhodný záznam v porodopisu, který porodník vyplňuje poté, co je dítě porozeno.

Od uvedeného okamžiku se započítává doba života novorozence pro zdravotní výkony a evidenci.

Z hlediska věku je však rozhodný den, nikoli okamžik narození. Uvedený den je také dnem jeho narození.

Okamžiku narození dítěte jsou v různých státech a zemích přikládány různé právní významy. O čím bohatší společnost na vysoké úrovni právních vztahů se jedná, tím je okamžiku narození dítěte přikládána větší váha, neboť toto určení je významné např. v majetkových záležitostech.

V našich podmínkách, mimo některé dědické spory, je pro dobu narození rozhodný den, nikoli hodina či minuta narození, neboť naše právní úprava např. u popření či uznání otcovství, při rozhodnutí o začátku školní docházky ap. počítá se dny, nikoli s hodinami. V současné době otázka doby narození nabývá u nás na významu z hlediska obnovovaného institutu prvorozenství.

Narozením se z dítěte, u něhož alespoň jeden z rodičů je české národnosti a dítě se narodí v Čechách, stává okamžikem narození občan České republiky s občanskými právy a povinnostmi i s ochranou, jakou republika poskytuje svým občanům doma i v zahraničí.

Okamžikem porodu novorozenec získává omezenou právní subjektivitu, která ho ještě neopravňuje k samostatným právním úkonům, neboť ještě neexistují jeho rozumové a volní vztahy. Takové úkony za něj mohou činit jeho zákonní zástupci. To jsou oba rodiče, pokud jsou známi. Kdyby došlo k neshodě mezi zákonnými zástupci, což se může týkat poskytované porodní a poporodní zdravotní péče, měl by být rozpor alespoň stručně zaznamenán do zdravotnické dokumentace a rodiče odkázáni na opatrovnický soud.

Novorozenec může být pasivním subjektem právních vztahů. Proto přiměřené dary, které obdrží, jsou jeho a rodiče mu je spravují do doby, než získá oprávnění o nich sám rozhodovat. Pokud by novorozenec byl obdarován nákladným darem (např. mu může být darována nemovitost), k jeho přijetí může dojít až po schválení příslušným opatrovnickým soudem. Protože se jedná o právní, nikoli zdravotnickou otázku, měla by být řešena právní cestou bez účasti zdravotnických pracovníků.

Vzhledem k tomu, že novorozenec v době po porodu nemá ještě všechny potřebné schopnosti bez pomoci dalších osob se o sebe postarat sám, zákonné předpisy stanoví, kdo v uvedené době je povinen se o něj starat.

V této době je to jeho matka, která požívá zvýšenou sociální ochranu. Její povinností je zajistit základní péči o novorozence, tj. jeho výživu, zejména jeho kojení. Její povinností je však také sledovat zdravotní stav a vývoj novorozence. Sociální ochrana se realizuje tím, že matka může získat sociální dávku, porodné, což je finanční příspěvek pro základní péči v začátku života novorozence a později kojence. Právní základ a podmínky poskytnutí porodného jsou upraveny v § 44 a následujících zákona č. 117/1995 Sb., ve znění vyplývajícím z pozdějších předpisů. Nárok na porodné jako dávku, která se vyplácí jednorázově, vzniká dnem porodu. Má ho každá žena, státní občanka České republiky, která porodila dítě. Jeho výše závisí

na částkách uvedených v zákoně o životním minimu a na počtu porozených dětí. Narodí-li se jedno dítě, byla to ke dni 1. 1. 1998 částka 5920 Kč, narodí-li se současně dvě děti, bylo touto částkou 7400 Kč a narodí-li se současně tři a více dětí, bylo touto částkou 13 320 Kč. Jen pro úplnost lze dodat, že uvedený nárok na porodné má i otec dítěte, pokud by matka při porodu zemřela.

Práva narozeného dítěte jsou pak zcela konkrétně vyjádřena v Úmluvě o právech dítěte, kterou Česká republika přijala. Podle této Úmluvy je nezbytné zajistit, že narozené dítě nebude diskriminováno pro svůj původ, barvu pleti nebo náboženskou příslušnost jeho rodičů, a tedy i pokud jsou jeho rodiče bez vyznání. Dítě ihned po narození podle čl. 7 uvedené Úmluvy musí být registrováno (u nás u příslušného matričního úřadu) a od této doby má právo na jméno, státní příslušnost, a pokud je to možné, i právo na péči svých rodičů. Podle čl. 9 musí být zajištěno, aby dítě nebylo odděleno od svých rodičů proti jejich vůli, s výjimkou případů, kdy tak rozhodne soud.

Výslovně je v ustanovení čl. 11 uloženo státním orgánům činit opatření k potírání nezákonného přemístování dětí do zahraničí a jejich nenavracení zpět.

V čl. 18 je proklamována zásada, že oba rodiče již od narození dítěte mají společnou odpovědnost za jeho vývoj.

Podle čl. 24 Česká republika uznává právo dítěte na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdravotního stavu a na využívání léčebných a rehabilitačních zařízení a usiluje o to, aby žádné dítě nebylo zbaveno svého práva na přístup ke zdravotní péči.

Dále je uloženo, aby byla činěna potřebná opatření ke snižování kojenecké a dětské úmrtnosti, poskytování odpovídající péče matkám před porodem i po něm.

Vzhledem k tomu, že Česká republika přistoupila k mezinárodně uznávaným právům na ochranu dětí, je nejen mateřství a rodičovství, ale i práva dětí pod zvláštní ochranou uvedenou v Listině základních práv a svobod a v dalších mezinárodních dokumentech.

Mezi právními úkony v poporodním období je společensky nejzávažnější úkon některých matek, které se vzdávají svých mateřských práv. Dítě, ihned jak je porodí a její péče o něj není nezbytná,

je svěřeno do péče příslušného kojeneckého ústavu. Takový postup není obvyklý, a proto prohlášení matky musí být jednoznačně zachyceno a předáno příslušným orgánům státní správy – orgánu péče o dítě. V takovém případě se jedná o samostatnou volbu ženy, pokud neuvede jméno otce, se zásadními společenskými, nikoli zdravotnickými důsledky. Proto lze doporučit, aby součástí takového prohlášení rodičky bylo stručné vyjádření, že její zdravotní stav neovlivňoval její rozhodnutí, a pokud ano, např. při vážném poškození jejího zdraví, do jaké míry tím mohlo být rozhodnutí ovlivněno.

Jen pro úplnost nutno uvést, že dnem narození dítěte vedle porodního vzniká jednomu z rodičů nárok na přiznání přídatku na dítě, uvedeným dnem z hlediska daně z příjmu vzniká rovněž jednomu z rodičů nárok na odpočet z daní pro další vyživovanou osobu. Konečně podle ustanovení § 3 odst. 1 písm. a) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, vzniká zdravotní pojištění dítěte. Podle § 10 odst. 6 cit. zákona o veřejném zdravotním pojištění je uvedenou skutečnost jeho zákonný zástupce povinen oznámit do osmi dnů ode dne narození zdravotní pojišťovně, u které je zdravotně pojištěna matka dítěte v den jeho narození.

7. Období šestinedělí

7.1. Stav matky

Šestinedělí je důležitým obdobím v životě ženy i narozeného dítěte. Po porodu se redukuje tělesná hmotnost, postupně se upevňuje svalovina, rozvíjí se laktanční činnost. Tělesná přestavba je doprovázena změnami fyziologickými, v distribuci krevní, termoregulaci, procesy reparačními s psychickou komponentou, kdy dominují především mateřské pečovatelské instinkty. Laktace je prováděna komponentami fyziologickými, jako je třeba mamilouterinní reflex, ale především vazbami všech smyslů v interakci matka–dítě.

Šestinedělí není tedy návratem k předtěhotenskému stavu, je to nástup mateřství. V raném období bývají po prvních dnech šestinedělí ženy v ústavech. Vyskytují se komplikace, které mohou znamenat i případnou právní odpovědnost jak k ženě, tak k dítěti. Lege artis prováděné každodenní lékařské vizity sledující celkový stav a lokální změny na děloze a prsech jsou dostatečné pro zajištění základní péče, je třeba vše explicitně dokumentovat. Při soudních řízeních nepůsobí dobře, když v rubrice vyšetření je napsáno bpn a v rubrice terapie dtto. Vizita přispívá ke každodennímu kontaktu s nedělkou, je využívána k vysvětlování jejích potíží a k poradám o životosprávě. V psychice je dominantní zájem o dítě, zájem o vlastní zdraví ustupuje vesměs do pozadí.

Z možných běžných komplikací jsou to procesy hojení per secundam hráze a popřípadě laparotomické rány (viz pooperační komplikace). Poraněná plocha může být vstupní branou celkové infekce. Další infekce je možná vzestupem bakterií ze zevních rodidel, pochvy, do dutiny děložní a přes vejcovody až do dutiny břišní.

Puerperální sepse není dnes hrozbou proto, že by vymizely choroboplodné zárodky, ale pro preventivní opatření a účinnou léčbu antibiotiky. Hrozivé případy nám ukazují, že je třeba všem subfebrilním teplotám nad 37,2 °C věnovat pozornost, provést vždy základní vyšetření, event. vyšetření mikrobiologické na citlivost ještě před nástupem antibiotické léčby. Namnoze se léčí antibiotiky naslepo, většinou účinně, případy tristní mají jiný průběh a toto počínání se jeví ex post jako nedostatečné.

V současné době se dbá na dodržování hygienických požadavků, přesto se stále vyskytují horečnatá poporodní onemocnění. Jsou to namnoze nozokomiální infekce, které v porodnicích mají řadu podmínek pro existenci. Přímo na těle šestinedělky je to přítomnost krve, očístků, moči, stolice, mléka, potu. U nemocničních infekcí se jedná namnoze o kmeny rezistentní. Protože po celou dobu pobytu v porodnici jsou rodičky v péči zcela konkrétního zdravotnického zařízení, nese toto zařízení odpovědnost za jejich zdravotní stav, a pokud by onemocněly nozokomiální nákazou, i případnou obecnou občanskoprávní odpovědnost za takové onemocnění.

Vedle infekcí vysloveně puerperálních pozorujeme poměrně často výskyt hepatitid, sezónních onemocnění, jako jsou salmonelózy, chřípky, katary horních cest dýchacích atd. Může k tomu přispívat uvolněný hygienický režim s většími zevními kontakty, kdy nedělkou navštěvují malé děti a řada příbuzných. Případy infekce je třeba velmi radikálně řešit podle hygienických pravidel. Pokud se zachová tento rigorózní postup, nehrozí lékařům ani zařízení postih. Infekce se často dostává přes ragády prsních bradavek a mlékovody do mléčné žlázy, kde může vzniknout zánět. Byly popsány i přesuny mikrobů přes očistky na ruce, odtud na bradavky, pak namnožení v ústech dítěte a návrat na bradavky a do prsu. Zavádění takových opatření, jako stříhání nehtů u šestinedělek, opakované mytí rukou dezinfekčním mýdlem po každém dotyku s očístkami, prevence prsních ragád může tyto okruhy přerušit.

Infekce nasedá namnoze na anémii, která může být různého stupně. Anémie pochopitelně působí nepříznivě na všechny složky organismu. Její řešení je věcí ošemetnou. Při podávání transfúze vzhle-

dem k transfúzním příhodám převládá spíše odklon a příklon k léčbě medikamentózní, která trvá déle, ale nemá taková rizika. Tento postup může selhat, když u ženy nastoupí v šestinedělí nové silné krvácení nejčastěji z nedostatečně retrahované dělohy, při zánětu, při reziduích post partum ap. Jsou i kazuistiky opačné.

V renomovaném ústavu byla ošetřována šestinedělka, která prodělala velmi silné poporodní krvácení spojené nakonec s hysterektoomií, embolizací. Nemocná se týdný pohybovala doslova mezi životem a smrtí. Nakonec se podařilo stav zkompenzovat, potlačit infekci. Zůstala anémie hraničních hodnot. Po podané transfúzi nastala hemolytická příhoda a »pacientka doslova umřela na dobré ošetření«. Všichni se později domnívali, že transfúze nebyla podána zbytečně, ale z vitální indikace podána transfúze nebyla. Příklad prošel bez právní dohry.

Záležitostí sui generis jsou ženy s interním onemocněním, které se po porodu může exacerbovat. Jsou to kardiopatie, některé formy renálních onemocnění, eklampsie, roztroušená skleróza, diabetes atd. Při zajištěné konziliární službě internisty a dalších specialistů je právní odpovědnost rozložená, takové případy nebývají předmětem stížností. Změny psychického stavu jsou běžnou součástí šestinedělí. Ženy jsou úzkostlivější, plativější, mají potřebu větší vazby interpersonální, potřebují »berličky«. Tím se stane, že může být po několik dnů přehlédnuto vážné psychiatrické onemocnění označované jako laktační psychóza. Lékař při vizitě nemá možnost chorobu včas odhalit, více kontaktů s nedělkou má porodní asistentka, nejvíce spoluležící. Pokud si stěžují na podivínství, »špatný charakter, schválnosti, zmatečnost«, je třeba takové informace nebagatelizovat, ale prověřit.

22letá I/I pochází z konfliktního rodinného prostředí, v dětství utíkala z domova. V její dokumentaci je zaznamenán pokus o suicidium. Hospitalizována v 20. týdnu pro hrozící potrat, kdy utekla v noční košili, v 28. týdnu odmítá léky, má tendenci utíkat. Psychiatrické vyšetření ji hodnotí jako anomální osobnost. V noci opakovaně úzkostné stavy, strach ze smrti, vyžaduje propuštění. Po porodu neklidná, odmítla nabízenou injekci, odmítá kojit, nemá zájem o dítě. Neměla žádnou medikaci. Podle dokumentace kontrolována sestrou 4x během 15 min. Po poslední návštěvě spáchala sebevraždu sko-

kem z okna. Léčebná psychiatrická opatření byla vzhledem k výsledku ohodnocena jako nedostatečná.

Při všech nejistotách se doporučuje svolat psychiatrické konziliium. Jeho vyjádření je rozhodující pro zajištění odpovídajících léčebných postupů a je pojistkou při eventuálních příhodách, jako jsou pokusy o suicidium, agrese vůči vlastnímu dítěti, event. vůči jiným dospělým a dětem.

Nikoli výjimečné jsou případy »zvláštních« vztahů k vlastním dětem, od nezájmu o jejich osud až po vyslovenou nenávisť k nim. Takové případy by neměly být přehlíženy, neboť není vyloučena agresivita těchto matek jak vůči vlastním, tak i cizím dětem.

Odstranění hrozby napadení novorozenců je velice citlivá otázka. Vzhledem k tomu, že k takovému útoku jen zcela výjimečně dojde náhle, ale předchází mu řada jednání a příprav, neměly by být ani příznaky uvedených jednání podečňovány nebo přehlíženy. Ženu, která po porodu napadne a zabije vlastní dítě, nelze trestně postihnout za vraždu, ale pouze za samostatný trestný čin – vraždu novorozence dítěte matkou podle § 220 tr.z. Pokud by svému dítěti ublížila na zdraví nebo pokud by usmrtila nebo ublížila na zdraví cizímu dítěti a byla-li by shledána podle duševního stavu trestně odpovědnou, bude odpovědná za úmyslné ublížení na zdraví nebo za vraždu.

V takovém případě matka poškozeného dítěte a zejména její rodina většinou považuje trestní řízení za nedostatečné a zdlouhavé, což se týká i náhrady škody, se kterou se někdy poškození připojují. Z jejich strany je proto zkoumána i možnost uplatnit občanskoprávní odpovědnost proti zdravotnickému zařízení – porodnici –, ve které k takovému jednání došlo. Zatím však soudy vzhledem k existenci konkrétního škůdce, pokud zavinění zdravotnického zařízení není evidentní, náhradu škody proti němu nepřisuzují.

V diferenciální diagnostice by neměla být přehlížena možnost drogové závislosti matky, která může být odhalena někdy až po porodu. Do porodu má žena možnost si drogu opatřovat, v případě, že ztratí kontakty na dodavatele, mohou v šestinedělí nastoupit abstinenční příznaky, které již dříve nebo současně zjistí i pediatr.

V šestinedělí častěji nastává poškození zdraví matky i dítěte z činností, které jen nepřímo souvisejí s porodní péčí. Jsou to různé pády matek na umytých a kluzkých chodbách, opaření horkým čajem nebo polévkou, pády ze židlí a různé úrazy novorozenců při koupání, krmení ap. V takových případech lze zásadně uplatnit pouze občanskoprávní náhradu škody, nikoli však objektivní a nevyvratitelnou podle § 421 a o.z., neboť pády nebyly zaviněny věcmi, které byly při poskytování zdravotnických služeb použity a škoda nevznikla po činnosti, která měla provozní povahu. Odpovědnost v těchto případech má zdravotnické zařízení jen podle § 420 o.z., pokud se prokáže, že nevysušení podlahy, nedostatky v kvalitě židle ap. jsou porušením právní povinnosti. V takových případech, s výjimkou pádů dětí při koupání zaviněných zdravotnickým personálem, lze pak jistě dovodit i spoluodpovědnost poškozených žen podle § 441 o.z.

7.2. Poškození novorozence po porodu

Poškození novorozence bezprostředně po porodu a v době pobytu v porodnici je příhodou vzácnou, tragickou a je třeba kontrolovat a provádět trvale celou paletu preventivních opatření. To se týká hlavně středního zdravotnického personálu.

7.2.1. Odpovědnost v šestinedělí

Podáváme výčet některých možných příhod:

Podchlazení, udušení »čepcem štěstěny« při porodu, udušení novorozence např. igelitovým pytlíkem, krvácení až vykrvácení z pupečníku, poranění pupku při aplikaci infúze, infekce pupku, ulomený katétr zanesený až do srdce, barotrauma u extrémně malých, perforace trachey při intubaci, zalomený teploměr v konečniku, záměna infúzních roztoků, v infúzní pumpě protečení infúze, mikrobiální kontaminace podávaného roztoku, záměna koncentrace kaliuma, vzduchová embolie u transfúze, přehřátí v inkubátoru, obtočený vlas

sestry kolem prstíčku působící nekrózu, úchopový reflex na přehřátou rouru od ústředního topení, upuštění dítěte na zem při koupání, při přenášení, při uklouznutí šestinedělky po mýdle, roztržení kůže novorozence otevřeným spínacím špendlíkem, poškození kůže politím dezinfekčním prostředkem, při rooming in lůž určený pro ošetřování pupku nalit matkou omylem do oka, popálení oharkem cigarety při návštěvě příbuzných atd.

Raritní byla příhoda, kdy dětská sestra při ošetřování pahýlu pupčnicku, který odstříhovala, prostříhla střevo, které tam bylo deponované v nepoznané omfalokéle. Dítě bylo bezprostředně poté opeřováno a plně se uzdravilo.

Je zaznamenán výrok, že náhoda pomáhá ve vědě tomu, kdo je na ni připraven. Současně platí, že náhoda působí živelně zejména tam, kde na ni nikdo připraven není. U velké části forenzně řešených případů se setkáváme s náhodnou koincidencí.

7.2.2. Technika a transport

Další skupina případů poškození zdraví, ale i způsobení smrti novorozenců souvisí s technickými nedostatky a při transportu novorozenců na vyšší zdravotnické pracoviště. Charakteristický je následující případ.

V jedné severočeské porodnici došlo k výpadku topení, a proto podle rozhodnutí vedení nemocnice měly být k zahřívání novorozenců použity tepelné spirálové zářiče. Mladší dětská sestra uvedeného topného zařízení umístila v těsné blízkosti novorozence, uvedla ho v činnost a po delší dobu ho nekontrolovala. V důsledku vyzařovaného tepla došlo nejen k popálení novorozence na hlavě, ale i ke vznícení plen, do kterých byl zavinut, a k jeho udušení.

Za uvedené jednání, které bylo hodnoceno jako zavinění smrti dítěte z nedbalosti, byla odsouzena pouze dětská sestra. Náhrada škody pak rodiči zemřelého dítěte na zdravotnickém zařízení nebyla požadována.

Opakují se však případy, kdy novorozenec je krátce po porodu přepravován na vyšší pracoviště k zajištění další zdravotní péče. Děje se tak sanitními vozy, výjimečně vrtulníky, ale i vnitronemocniční dopravou. Pokud při takové činnosti dojde k dopravní nehodě nebo

k poškození zdraví novorozence, je vždy dána odpovědnost jak konkrétních osob, tj. řidičů sanitního vozidla, pilotů, tak organizace, která novorozence přepravovala, pokud není součástí zdravotnického zařízení, které přepravu zajišťovalo. Odpovědnost má dopravní nebo jiná organizace, která novorozence přepravovala, podle § 427 odst. 1 o.z. Přeprava začíná převzetím novorozence a končí jeho předáním jinému zdravotnickému zařízení.

Mezi poškození zdraví novorozenců nutno zařadit případy, kdy nedojde k včasné diagnóze jejich vážných zdravotních problémů: např. včasné nerozpoznání neprůchodnosti střev, atrezie jícnu, infekčního onemocnění ap. Pokud nevznikne poškození zdraví, uvedené případy většinou končí bez stížností na postupy zdravotnických zařízení. Pokud však takové nerozpoznání má za následek poškození zdraví nebo smrt novorozence, případy jsou spíše oznamovány orgánům činným v trestním řízení, než aby byla požadována náhrada škody.

O povinnostech pediatra bezprostředně po porodu jsme již hovořili dříve. Při posuzování stavu porozených dětí by měla být souhra mezi porodníkem a pediatrem, který může otevřeně před rodiči pronést své mínění o vedení porodu, které pokládá za nešetrné, otáležící, což vedlo k poškození novorozence. Pediatr tak může oscilovat mezi povinnostmi sdělit matce informace a mezi kolegiálním počínáním. Tento rozpor nevznikne, bude-li se pediatr koncentrovat na popis následného stavu, opomene domněnky a jelikož jeho odbornost nezasahuje obor porodnictví a namnoze nebyl u porodu ani osobně přítomný, odkáže matku na účastné porodníky, kteří musí vše pravdivě objasnit.

Smrt dítěte nebo poškození jeho zdraví může nastat během porodu, během operace, konečně v poporodní době a šestinedělí. Příčiny budou v daných případech vždy jiné a odpovědnost bude posuzována v závislosti na mechanismu takové smrti či poškození.

Pokud nastalo porušení pravidel, o nichž jsme již psali, jako závazných v prenatální prevenci, je odpovědnost u antenatální smrti zřejmá. Při posuzování zavinění, které se hledá v řetězu úkonů prenatální péče ex post, se uplatňuje vesměs větší počet lékařů a vzhledem k nespolehlivosti paměti by jediným spolehlivým pramenem měla být pečlivá dokumentace, která je někdy v uchovaném průka-

zu pro těhotné, někdy v ambulantních záznamech prenatální péče. Posuzuje-li se takové případné zavinění soudně s několikaletým zpožděním, bývá často již dokumentace skartována, důležité údaje jsou ztracené, těžko někdy rozhodnout, zda úmyslně či z nedbalosti.

7.3. Rooming in

Snaha docílit od porodu co nejlepší kontakt mezi matkou a dítětem, podpořit laktaci, vedla ke zřizování systému rooming in, kde dítě je společně s šestinedělkou. Často jsou na společném pokoji se svými dětmi šestinedělky dvě či více. Metoda má řadu předností. Některé matky ji vysloveně vyžadují, matky zkušené naopak o ni zájem nemusí mít a snaží se pobytu v porodnici využít ke své rehabilitaci. Systémy mají místní odchylky – od rigorózních celodenních a nočních pobytů po parciální. Existuje i zařízení, jehož kloubová konstrukce umožňuje přemístit dítě z pokoje matky do vedlejší místnosti, kde je vyšetřil pediatr. Pokud však možnost rooming in z provozních nebo organizačních důvodů není možná nebo naopak pokud v porodnici je rooming in jedinou možností, je nezbytné těhotnou ženu na uvedenou skutečnost upozornit a její rozhodnutí zaznamenat. Někdy matky možnost rooming in odmítají, pokud možnost výběru existuje, není vhodné uvedené případy řešit reversy, bude na vůli ženy, zda takový způsob bude využit či nikoli.

Šestinedělku nelze nutit, aby byla v systému rooming in. Odpovědnost vůči dítěti je tak rozdělena různým stupněm a při nehodě, jakým je nejčastěji pád dítěte, mohou nastat konflikty ve výpovědích.

Možná občanskoprávní odpovědnost je u případů, kdy ženy nedlouho po porodu své děti koupají, přitom jim novorozenec upadne na zem a dojde k poškození jeho zdraví. Takový případ nebude označován orgánům činným v trestním řízení s výjimkou případů, kdy by se jednalo o úmyslné jednání. Přestože vina je na straně matky novorozence, byla podána řada návrhů na uplatnění občanskopráv-

ní odpovědnosti vůči zdravotnickému zařízení, nikoli však podle § 421a o.z., neboť ke škodě nedošlo vzhledem k povaze přístroje ani jiné věci, které bylo použito k poskytování zdravotnických služeb. Nejde ani o škodu způsobenou provozní činností, nýbrž o odpovědnost podle § 420 o.z., kdy zdravotnické zařízení může prokázat, že škoda byla zaviněna výlučně matkou dítěte, resp. prokázat její spoluodpovědnost. Vzhledem k možnosti případného uplatnění náhrady škody je vhodné i takové případy do chorobopisu zaznamenat. To se vyplatilo v následujícím konkrétním případě:

Na krajskou porodnici, resp. fakultní nemocnici, kam je porodnice začleněna, byla podána občanskoprávní žaloba o náhradu škody ve výši několika set tisíc korun, protože se údajně dodatečně s odstupem jen několika týdnů ukázalo, že dítě bylo poškozeno při kleštovém porodu (byly použity nástroje).

Uvedené tvrzení bylo podloženo odkazem na chorobopis, který získala lékařka – známá rodiny údajně poškozeného dítěte.

V řízení se ale fakultní nemocnici podařilo svědecky prokázat, že dítě po opuštění porodnice bylo transportováno tak nešťastně, že matce rodičky upadlo, spadlo z více schodů a zůstalo v delším bezvědomí. Byla vyhledána lékařská pomoc, která se dostavila v době, kdy již dítě dýchalo, ale konstatovala mnohočetné modřiny a podlitiny na jeho hlavě. Znalecký posudek nevyloučil, že příčinou současného stavu dítěte může být i uvedený a ošetřený závažný pád.

Proto byla žaloba pro neprokázání příčinné souvislosti mezi použitím nástrojů při porodu a tvrzeným výsledkem jak okresním, tak i krajským soudem zamítnuta.

7.4. Odpovědnost za záměnu novorozence

Záměna dítěte po porodu je klasickým příkladem popsáným již v 18. století. Ze dvou porozených neoznačených dětí jedno zemřelo a matky do smrti nevěděly, které z nich patří dítě přežvší. U porodu se zajišťuje bezpečnost tak, že stejným číslem se označuje matka

i porozené dítě, ještě před odstřížením pupečníku. Dítě se navíc neškodnou barvou na kůži popíše jménem a číslem, hmotností, porodní délkou, označením pohlaví. Dnes se taková záměna vyřeší zcela jednoznačně kombinovanými genetickými vyšetřeními, ale je to vždy událost vrhající na porodnické zařízení nepříznivé světlo. Neřešitelná by mohla být záměna u jednovaječných dvojčat, kdy by se mohlo případně jednat o spory o prvorozenost.

V roce 1992 a následujícím bylo podáno podstatně více stížností matkami, které tvrdily, že v porodnicích došlo k záměně jejich dítěte. Uvedený stav byl ovlivněn některými v té době vydanými literárními díly. Situace je poměrně jednoduše řešitelná po dobu života matky dítěte i jeho otce. V těchto případech již základní krevní zkouška prokázala nedůvodnost těchto stížností. Složitější a mnohokrát opakované stížnosti se týkaly případů, kdy dítě po porodu zemřelo. Ani pečlivě vedená zdravotnická dokumentace, způsob označování novorozenců a provedená krevní zkouška nepřesvědčily matku, že její dítě skutečně zemřelo.

V uvedených případech úporná myšlenka, že dítě žije, dosáhla až bludu, takže taková žena nebyla ochotna ani schopna přistoupit na objektivní argumenty. Přitom ženy uváděly zcela smyšlené nebo jen pravděpodobné dohady, proč jejich dítě žije a proč dítě zemřelo jiné matce. Vzhledem k tomu, že stěžovatelky zabředly do bludů, osvědčilo se k projednání jejich stížnosti přizvat psychiatra.

Je nutné s nesmazatelným označením dětí seznámit i matky, kterým lze nabídnout shodné označení i na jejich těle.

I když možnost definitivní záměny dítěte je v současné době pouze teoretická a hypotetická, neměl by v porodnici nastat žádný stav ani situace, ze které by mohla být dovozována možnost záměny dítěte. Zejména by nemělo dojít k tomu, že byl matce ke kojení podán jiný novorozenec, nebo aby při koupání bylo označení dítěte smazáno.

Přes uvedená opatření však stížnostem na záměnu dítěte nelze předejít.

7.5. Odložení dítěte

Rodičky nechtěného dítěte mají legální možnost dosáhnout toho, že o dítě se bude starat někdo jiný. Tento způsob, obecně nazývaný odložení dítěte, je jistě lepší než řešení problému nechtěného dítěte protiprávním způsobem. Přesto je odložení dítěte projevem, který většina společnosti odsuzuje, a proto je důvodný požadavek, aby to bylo známo co nejmenšímu okruhu osob. Proto mnohdy překvapí, že s uvedeným záměrem se samy matky svěřují poměrně širokému okruhu osob, zejména tehdy, pokud k takovému rozhodnutí nepřistupují poprvé. V současné době se jedná o osoby dnes již nikoli sociálně slabé, ale spíše stojící na okraji společnosti. Toto hledisko by mělo být vždy vzato v úvahu poté, kdy konkrétní rodička prohlásí, že chce dítě odložit. Protože jde o svobodné rozhodnutí ženy, ceněné mnohdy více než provedení umělého přerušení těhotenství, zdravotnické zařízení by mělo jen tuto žádost zprostředkovat. Jeho úkolem je pouze zjištění, že k rozhodnutí ženy došlo v době, kdy nebyla její rozhodovací schopnost ovlivněna jejím zdravotním stavem.

Povinnost ženy vůči jejímu dítěti nekončí, jak někdy mylně tvrdí, jejím prohlášením, že dítě odkládá. Mateřské povinnosti by měla plnit do té doby, než bude dítě schopné života bez její pomoci. Touto dobou je minimálně doba, po kterou s dítětem zůstává v porodnici.

Prohlášení o odložení dítěte činí především ženy svobodné, které ani neuvádějí nebo nemohou uvést jméno otce. V takovém případě je jejich rozhodnutí konečné. I kdyby však bylo uvedeno jméno otce nebo bylo zjištěno, že žena je vdaná, není úkolem zdravotnického zařízení zprostředkovat další jednání mezi matkou a otcem či manželem. Protože i při odložení dítěte zůstává žena, která takové rozhodnutí učinila, matkou, zůstávají jí všechna práva, které má jako matka na dítě. To je věcí dalších orgánů, zejména orgánu péče o dítě, a soudů. Proto by zdravotnické zařízení mělo pro případné další zjištění mít jen doložené zdravotní doklady, které po souhlasu ženy by mohlo dát příslušným orgánům k nahlédnutí.

Bizarní je příhoda, která se před lety odehrála v pražské porodnici.

Po předčasném porodu dostala rodička informaci, že naděje na přežití novorozence je minimální, což dotyčná vzala jako zprávu o fatálním konci. Po odchodu rodičky novorozenec však přežíval a žena v představě, že dítě určitě zemře, dále nepátrala, nemučila se a odjela za svým manželem do ciziny. Za tři čtvrtě roku se vrátila zpět a dostala zprávu, že její dítě je naživu a že se po ní pátrá. V kojeneckém ústavu, který o dítě pečoval, se domnívali, že matka dítě opustila.

Vzhledem k současné situaci, kdy řada rodin, které nemohou mít vlastní děti, žádá o pokud možno co nejčasnější předání porozených dětí do péče, nemá a nemělo by zdravotnické zařízení v realizaci jejich zájmů mít žádnou úlohu. Zejména nutno odmítnout jako protiprávní podávání informací takovým rodinám za úplat, v čemž by mohl být spatřován u zdravotnických pracovníků trestný čin úplatkářství podle § 160 tr.z. Nejde o teoretickou úvahu, o čemž svědčí následující případ:

Vedoucí kojeneckého ústavu spolu s pracovníci orgánu péče o dítě nikoli podle pořadí žádostí a výsledků šetření, ale za úplaty upřednostňovaly určité rodiny. Příklad byl posouzen jako zneužívání pravomoci veřejných činitelů a obě vedoucí pracovnice byly za toto jednání trestně odsouzeny. S nimi však byla stíhána dětská sestra jedné porodnice, která oběma odsouzeným podávala placené informace o dětech, které zřejmě budou odloženy. Tato zdravotnická pracovnice byla odsouzena k mírnému peněžitému trestu.

7.6. Vražda novorozeného dítěte matkou nebo třetí osobou

Z hlediska právních vztahů nejzávažnější skupinu porodů mimo porodnice tvoří případy, kdy ženy z různých, zejména společenských důvodů své těhotenství tají a rozhodnou se porodit mimo ústav, kde by bylo jejich tajemství odhaleno. Rodí pak buď doma, nebo někde na odlehlém místě, v kůlnách, v koupelně, na záchodech, rekreačních chatách.

Porod se uskuteční, namnoze se porodí samovolně i placenta. Svě dítě často usmrcují uškrcením, udušením, hozením do žumpy, někdy ho zabalí do připravené tašky a někde živé pohodí. Jen zcela výjimečně se o dítě nějaký den starají, a pak dítě odloží na veřejném místě. Toto počínání doprovází lidstvo po staletí, infantocida byla příčinou zakládání nalezinců.

Způsob provedení tohoto činu namnoze vypovídá o prostoduchosti primitivních osobností, které většinou jednájí zkratkově a ve spěchu, bez jakýchkoli úvah o možných důsledcích. S takovými případy se zdravotníci setkávají výjimečně v případě nějaké komplikace.

Na pražskou kliniku přichází krvácející žena se znaky pajizévek na břicho, s uvolněnými svaly přední stěny břišní, palpačně je zevně hmatná rezistence sahající k pupku, v děložním hrdle zjištěna placenta. Vyšetřovaná popírá těhotenství, popírá porod, teprve na přímý dotaz, kam dala porozené dítě, odpovídá, že ho položila na půdě do mrazu a začíná zoufale plakat.

Nalézají se mrtvé děti odložené v popelnících, v lese, ve vodě. V rámci pátrání se zjišťují těhotné, které se vymkly kontrole a zmizely z evidence, pachatelky těchto činů jsou však vesměs ženy, které do poradny nikdy nechodily.

S takovými případy se zdravotníci setkávají jednak při zjištění, že těhotná žena, která docházela do poradny, neporodila, nebo při ošetření žen po porodu.

V uvedených případech se může, a také se většinou jedná o trestný čin vraždy novorozeného dítěte matkou podle § 220 tr.z., pokud se dítě narodí živé, nebo o trestný čin opuštění dítěte podle § 212 tr.z. Oba uvedené trestné činy nejsou vyjmenovány mezi trestnými činy, kde je zákonem stanovena všeobecná oznamovací povinnost, proto na zjištění o ukončení těhotenství bez porozeného dítěte se vztahuje povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků.

Pokud při takovém porodu, zejména při pozdější vraždě novorozence, uvedené rodiče pomáhá další osoba, nebo kdy živé porozené dítě usmrtí někdo jiný než jeho matka, v takových případech se jedná o podezření z trestného činu vraždy podle § 219 tr.z. Protože uvedený trestný čin je vyjmenován mezi trestnými činy, kde je sta-

novena oznamovací povinnost, v případě jeho zjištění jsou zdravotničtí pracovníci zproštěni povinné mlčenlivosti podle § 55 odst. 2 písm. d) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v platném znění, povinnost sdělit skutečnosti, které se týkají vraždy, je stanovena zvláštním – trestním – zákonem.

Jak již bylo uvedeno, jedná se o trestnou činnost s jasně odlišným okruhem pachatelek. Těmi mohou být jen matky, které v rozrušení způsobeném porodem usmrtí své dítě při porodu nebo ihned po něm. Počty uvedených trestných činů jsou závislé na zákonných možnostech, za kterých ženy mohou rozhodovat o svém těhotenství. V České republice po liberalizaci umělého přerušení těhotenství tato trestná činnost výrazně poklesla. Nepodařilo se ji však vymýtit úplně. Zůstává skupina pachatelek, které většinou z neznalosti včas nevyhledají lékaře a jejich těhotenství je zjištěno až v době, kdy již umělé přerušení nelze provést a o možnosti dát dítě k adopci často nejsou informované. Mezi uvedenou skupinu se však řadí i případy, kdy těhotné ženy se svým těhotenstvím snaží přimět toho, kdo je mnohdy i údajně způsobil, aby s nimi uzavřel sňatek. Pokud takový záměr nevyjde, většinou je již zmeškána doba pro umělé přerušení těhotenství.

Stále existuje skupina žen výrazně ovlivňovaných společenskými poměry, kde porod nemanželského dítěte je hodnocen jako závažný společenský prohřešek, a rodiny často duševně nezralých dívek se s tímto problémem nedokáží vypořádat. Další skupinu tvoří ženy, které měly poměr s cizinci jiné rasy, a chtějí se tak dítěte zbavit.

Přestože téměř výlučně k uvedeným trestným činům vražd novorozeného dítěte matkou dochází mimo porodnice, byly zaznamenány i případy, kdy k takovému činu došlo v porodnici.

V jihočeské porodnici nebylo doceněno chování rodičky, která nejdřív prohlásila, že se jí dítě nelíbí, že jí připomíná jejího nepřítele a že je v něm zaklet zlý duch. Za několik hodin, kdy jí dítě bylo poprvé po porodu přineseno, vykřikla, že zabíjí ďábla a dítě před zraky ostatních žen uskrtila. Byla prokázána duševní porucha aktivovaná porodem a žena byla umístěna v psychiatrické léčebně. Otec

dítě podal stížnost a později trestní oznámení na porodníka, který rodil dítě, že zanedbal nutnou péči, když nezabránil, aby dítě bylo duševně nemocné matce svěřeno. Stížnost byla odložena proto, že jednání matky před vraždou výrazně nevybočilo z normálního jednání a k zahájení trestního stíhání nedošlo.

Vzhledem k některým současným rozhodnutím pražského soudu o odpovědnosti psychiatrického zařízení za škody způsobené pacienty psychiatrické léčebny není vyloučeno, že by včasné nerozpoznání duševní poruchy mohlo být hodnoceno jako porušení právních povinností, a proto by přicházelo v úvahu uplatnění obecné občanskoprávní odpovědnosti podle § 420 o.z. V takovém případě by bylo na porodnici, aby prokázala, že škodu nezavinila, což by nebylo jednoduché.

7.7. Právní odpovědnost porodnic

7.7.1. Obecné poznatky

Vedle konkrétních případů právní odpovědnosti jednotlivých zdravotnických pracovníků a zdravotnických zařízení je vhodné poukázat na to, že porodnice nemůže být trestně postížena. Mohou být postíženi její zaměstnanci, pokud naplní skutkovou podstatu trestného činu nebo přestupku.

Naproti tomu porodnice jako samostatné zdravotnické zařízení, tedy právnická osoba, může být postížena pro přestupek, který spáchali odpovědní vedoucí pracovníci.

Pro porodnictví je ustanovení o obecné odpovědnosti podle § 420 o.z. výhodné. Místo objektivní a těžko vyvratitelné odpovědnosti podle § 421 o.z. připouští ustanovení § 420 o.z. možnost širšího vyvinění, zejména v případech, kdy při porodu není použit žádný přístroj nebo jiný nástroj či zdravotnická pomůcka.

Takové případy jsou však v běžné porodnické praxi dosti výjimečné, a proto např. použití kleští nebo jiného nástroje, ale i krevní konzervy, byla-li škoda způsobena okolnostmi, které mají původ v povaze těchto věcí, by vylučovalo využití ustanovení § 420 o.z.

Ustanovení § 421 a o.z. je totiž vůči ustanovení § 420 o.z. ustanovením speciálním, což znamená jeho přednostní použití. Druhou relativně novou formou právní odpovědnosti zakotvuje § 420a o.z. V něm je stanoveno, že každý odpovídá za škodu, kterou způsobí jinému provozní činností. Z hlediska právní odpovědnosti v porodnictví je praktická pouze možnost, kdy je škoda způsobena činností, která má provozní povahu, nebo věcí použitou při takové činnosti.

Této odpovědnosti za škodu se ten, kdo ji způsobil, zproští, jen pokud prokáže, že škoda byla způsobena neodvratitelnou událostí nemající původ v provozu, nebo vlastním jednáním poškozeného – pacientky, těhotné ženy nebo rodičky.

V poslední době možnost aplikovat odpovědnost podle tohoto ustanovení ve zdravotnictví, a tedy i v porodnictví, byla soudní praxí zpochybněna.

Bylo judikováno, že uvedené ustanovení směřovalo k odškodnění škod vzniklých výrobní, technickou, chemickou, důlní, obchodní a jinou podobnou činností prováděnou pravidelně, trvale, opakovaně a organizovaně za účelem dosažení určitého cíle – zisku – v rámci podnikatelských aktivit konkrétní organizace, tedy nikoli ve zdravotnických zařízeních. Proto použití tohoto ustanovení na konkrétní činnost zdravotnických zařízení se zdálo soudům nepřiléhavé a i přísné. Na druhé straně bylo argumentováno tím, že i když není nikde v občanském zákoníku stanoveno, co se míní provozní činností, právě dikce uvedeného ustanovení zdůrazňující, že se jedná o opakující se činnosti v rámci určité organizace, se hodí na činnost konkrétního zdravotnického zařízení, tedy i porodnice, a proto není důvod, proč by měla být zdravotnická zařízení z této formy právní odpovědnosti vyloučena.

V tomto sporu lze považovat za zásadní rozsudek Krajského soudu v Hradci Králové, v kterém byl vysloven právní názor, že lékařský výkon nelze pokládat za provozní činnost, na kterou míří ustanovení § 420a o.z. Jedná se o výkon, který je svou povahou natolik specifickou činností, že by jeho podřazení pod režim § 420a o.z. bylo zcela nepatřičné. Jeho zvláštnost a výlučnost ve srovnání např. s provozní činností podnikatelů spočívá především ve zvýšeném ri-

ziku škod, které je dáno obecnou obtížností této činnosti, přirozeně omezeným stupněm poznání přírodních procesů, »nedokonalostí« vyvinuté a používané zdravotnické techniky a léků na straně jedné, a nesmírnou složitostí jevů, do nichž lékař svým výkonem zasahuje, na straně druhé. To vše ve spojení s povinností lékaře v zájmu pacienta potřebný výkon provést činí z jeho výkonu činnost, která, ač provozována pravidelně, organizovaně a ke splnění předem vytyčeného cíle, a to někdy i za účelem dosažení zisku (což ovšem není pojmovým znakem vyplývajícím z vlastní podstaty této činnosti) a mající tedy rysy provozní činnosti, nemůže být rozumně podrobená objektivní odpovědnosti podle § 420a o.z. Z praxe vyplynulo, že počet podaných žalob proti skutečným případům poškození zdraví rodiček nebo plodů či narozených dětí při porodu je zcela minimální, neboť rodiny takto poškozených dětí respektují obecný poznatek o tom, že každá škoda musí být zaviněna. Odpovědnost zdravotnického zařízení je v mnoha případech objektivní a nevyvratitelná a nemusí být dokazováno konkrétní zavinění. Naproti tomu téměř ve všech případech, kdy při porodu matka nebo dítě zemřou, jsou v současné době podávána především trestní oznámení.

Z ostatních skupin lze poukázat na postupy zejména okresních nebo malých porodnic, které nejsou vybaveny na porod za složitých podmínek, a to jak z hlediska zdravotního stavu rodičky – např. vážná srdeční onemocnění, tak vzhledem k plodu – předčasné porody. V takovém případě, pokud ke komplikacím nedojde až při vlastním porodu, měly by být včas odpovědně zváženy možnosti porodnice a v případě, kdyby průběh porodu neměl být kvalifikovaně zvládnut, mělo by dojít se souhlasem těhotné ženy k včasnému přeložení na vyšší nebo lépe vybavené zařízení. K tomu je zaujato stanovisko v části týkající se transportu in utero, ale má to platnost obecnou. Jsou-li takové okolnosti dokládající omezené možnosti pracoviště známy, pak lékař, který by za těchto podmínek porod vedl, by mohl být spíše trestně postižen za svůj přístup, než aby proti porodnici, kde k takovému porodu s nepříznivým koncem došlo, byla úspěšně uplatněna občanskoprávní náhrada škody.

7.7.2. Případy obecné hmotné odpovědnosti

Častým případem hmotné odpovědnosti je náhrada ztracených osobních věcí, neboť těhotné ženy si stále z různých důvodů do porodnice přinášejí nejen větší obnosy peněz, drahé šperky, ale i rádia, televizory ap. Předměty mohou být v době porodu bez dozoru, což využívají nejen jiné rodičky, ale i další osoby k úspěšnému odcizení. Oznámení takových případů policii většinou nevede k vypátrání pachatele, a proto zůstává odpovědnost na zdravotnických zařízeních. Pokud nejsou proti takové odpovědnosti pojištěna, mají zásadní povinnost podle § 433 odst. 2 o.z. škodu nahradit. Možnost vyvinění je u případů, kdy škoda vznikne z důvodů přírodní katastrofy (např. při povodni). Druhá možnost vyvinění, tj. prokázání, že škodě nebylo možno zabránit ani při vynaložení veškerého úsilí, které lze požadovat, je složitá a situaci, kdy takový stav nelze úplně prokázat, je velmi častá a dovolat se vyvinění nebývá soudy přijímáno. Reálnější možnost vyvinění je u případů, kdy je stanoveno, např. v provozních řádech, že veškeré věci, kromě drobných finančních částek, musí těhotné ženy odevzdat do úschovy. Pouhá skutečnost, že těhotná žena nedala své věci do úschovy zdravotnickému zařízení, není pro vyvinění rozhodná, a proto je nezbytné k uložení všech věcí do úschovy těhotnou ženu vyzvat. V takovém případě podle judikatury soudu za věci, které byly přes výzvu zaměstnance zdravotnického zařízení uloženy jinam, zdravotnické zařízení neodpovídá. Místo, kde budou věci těhotných žen uskladněny, musí však být bezpečně zajištěno.

V reálné situaci však takový postup není praktický, a to nejen u případů tzv. nadstandardní péče, jejíž součástí je možnost, aby si těhotná žena a rodička vzala s sebou řadu nákladných věcí, ale i v běžné situaci. V takových případech je však odpovědnost zdravotnického zařízení za takové věci nezvratná. Omezena je však finanční částka, do jaké zdravotnické zařízení odpovídá. Podle současně platného nařízení vlády č. 258/1995 Sb., kterým se provádějí některá ustanovení občanského zákoníku, v současné době za vnesené věci zdravotnické zařízení odpovídá jen do výše 5000 Kč, pokud škoda nebyla

zaviněna zaměstnanci porodnice, nebo pokud škoda nevznikla na věcech vzatých do úschovy, jak je to stanoveno v § 434 odst. 2 o.z.

Pro uplatnění náhrady škody na vnesených věcech je významné ustanovení § 436 o.z., ve kterém je uloženo, že požadavek o náhradu škody na vnesených věcech musí být uplatněn u zdravotnického zařízení nebo samostatné porodnice bez zbytečného odkladu. Toto právo však zanikne tehdy, nebylo-li uplatněno nejpozději patnáctého dne po dni, kdy se poškozená o škodě dozvěděla.

Na významu nabyla otázka odpovědnosti za vnesení a užívání mobilních telefonů. Je to jistě dobrý způsob, jak je rodička spojena s domovem či se svým pracovištěm, ale nelze přehlédnout, že provoz mobilních telefonů může narušit provoz některých zdravotnických přístrojů a že tyto telefony jsou vhodným objektem krádeží. Proto lze jen doporučit, aby v provozních řádech porodnic byla možnost užívání mobilního telefonu vyloučena a aby před nástupem byl mobilní telefon předán osobě, kterou těhotná žena nebo rodička určí. Jen tak lze zabránit možnému obvinění, že mobilní telefon byl zneužíván dalšími osobami.

7.8. VIP – nebezpečí výjimek

Pro úplnost nutno dodat, že porodníci přicházejí stále častěji do styku s rodičkami, které lze řadit nebo které jsou řazeny do skupiny VIP (Very Important Person – velmi důležitá osobnost) z řad uměleckých, politických, vědeckých, diplomatických osobností, na které je upřena nejen péče lékařská, ale i zájem veřejnosti zejména mediální. Vzhledem k mnohým neblahým zkušenostem lze doporučit zachování několika zásad:

- K takovým porodům přistupujeme pokud možno podle zkušeností a prověřených postupů, kdy jsou nám známy nejen účinky, ale i možné komplikace. Saháme-li v případě protékčního porodu k postupům třeba známým v cizině, které u nás zažité nejsou, užíváme-li u VIP poprvé v životě lék, který jsme nikdy předtím

neaplikovali, je to krajně nerozumné, dostáváme se ve všech oblastech na nejistou půdu a do komplikací, o jejichž existenci nemáme tušení.

- V péči využíváme komplexu lékařské konzultace, ale vyhýbáme se radám okolostojících, kibicujících bez jakékoli odpovědnosti, kteří většinou vnášejí do řešení nežádoucí neklid.
- V postupech, které zaručují bezpečnost, nečiníme žádné výjimky. Zejména se jedná o propustky, různé »úlevy« od zaběhnutých režimů, aplikace injekcí, infúzí, klyzmatu, klidu na lůžku, kdy společenské ohledy jsou nadřazovány medicínským. Umělkyni by neměla být povolena v době ohrožení účast na společenském podniku či představení, třebaže z hlediska jejího hodnotového žebříčku to může hrát velkou roli.
- S VIP vedeme rozhovory s akcentací na medicínskou problematiku, vyhýbáme se nejen získávání, ale i přijímání různých zajímavých informací. Jsou známé forenzní případy, kdy lékař podle svědectví v předkritické době tráví s VIP dlouhý čas »v přátelském rozhovoru« a nemá pořádně zapsanou dokumentaci.
- Porušení povinné mlčenlivosti může přinést široké a nákladné postihy. Nejlépe je nepodávat informace o čemkoli, i o věcech zdánlivě bezvýznamných, vše může být zmedializováno a zneužito. Zajišťujeme VIP intimitu a soukromí a kontrolujeme, aby nebyla možná penetrace nežádoucích návštěv. Při velkém tlaku domlouváme s VIP, které informace lze uvolnit, a řídíme se jejich přáním.

Není jistě vyloučeno, aby v nestátní porodnici proběhly porody nebo jiné operační výkony, které provádí lékař, zejména u tzv. »svých« rodiček, který není zaměstnancem takové porodnice. Právní odpovědnost v tomto případě by měla být upravena smluvně.

Účast lékaře, který není zaměstnancem státního zdravotnického zařízení nebo porodnice, přichází v úvahu, kdy by si smluvně pronajal část porodnice. V tomto případě by nesl sám plnou právní odpovědnost. V případě, že by k takové smlouvě nedošlo, odpovídalo by za jeho činnost zdravotnické zařízení, pokud by byla vykonávána s jeho vědomím.

Závěr

Výsledky v porodnictví se neodečítají v procentech, nepříznivé komplikované situace mají hodnotu promile. Je jen věcí statistické pravděpodobnosti, kdy taková mimořádná situace nastane. O mimořádném pak naše publikace pojednává.

Autoři zdůrazňují, že ve většině závěrů se jedná o jejich názory, které nejsou ani oficiálním stanoviskem Ministerstva zdravotnictví ČR, ani České lékařské komory nebo ČLS JEP. Proto předpokládají, že tato publikace nebude pojímána jako kuchařka.

Dosti závažným problémem bylo najít alespoň relativní vyváženost v používané terminologii, aby byla srozumitelná širokému okruhu čtenářů, kterým je tato publikace určena. Přesto nebylo možné se ve všech případech vyhnout odborné terminologii, za což se autoři čtenářům omlouvají.

Závěrem autoři poukazují na to, že při zpracování této publikace se vynořily mnohé závažné problémy. Bylo však zjištěno, že vzhledem k dynamice vývoje oboru gynekologie a porodnictví řada dřívějších závažných problémů byla vyřešena. Proto uvítají připomínky pozorných čtenářů, neboť je nepochybné, že vývoj jak práva, tak oboru porodnictví bude i nadále nepřetržitě pokračovat a aktualizace nebo korekce některých vyslovených názorů bude jistě účelná.

Literatura

1. CALDA, P., et al. *Prenatální diagnostika a léčba plodu*. Mod Gynek Porod, 1998, 7, č. 2, s. 129.
2. DANELSON, S. *A medical malpractice guide for paralegals*. New York : Wiley Law Publications, 1993. 251 p.
3. DOLEŽAL, A., SOUKUP, K., et al. *Smrt plodu při smolkou nezkalené plodové vodě*. Čs Gynek, 1973, 38, č. 3, s. 185–186.
4. ELIS, J., ELISOVÁ, K. *Léky v těhotenství*. Praha : Avicenum, 1989. 208 s.
5. *Etické problémy v porodnictví a gynekologii*. FIGO komise pro výzkum etických aspektů lidské reprodukce, září 1994. Česky vytištěno ve spolupráci s Jansen-Cilag.
6. FRANZ, K., HANSEN, K.-J. *Aufklärungspflicht aus ärztlicher und juristischer Sicht*. München : Hans Marseille Verlag, 1993. 63 S.
7. *Forenzná medicína v gynekologii a porodnictve*. Zborník prác z celoštátnej gynekologicko-porodnickej konferencie. Bratislava 21.–22.4.1988.
8. HEŘT, J., et al. *Alternativní medicína, možnosti a rizika*. Praha : Grada Publishing, 1995. 208 s.
9. *Koran*. Praha : Odeon, 1994, s. 519–542.
10. KÜSTNER, O. *Der abdominale Keiserschnitt*. Wiesbaden : Bergmann, 1915. 186 S.
11. LAUVERJAT, M. *Nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne et parallèle de cette opération et de la section de la symphyse des os pubis*. Paris : 1788. 420 p.
12. LÜLLMANN, H., MOHR, K., ZIEGLER, A. *Atlas farmakologie*. Praha : Grada Publishing, 1994, s. 74.
13. MATIEGKOVÁ, L. *Dítě v starém Egyptě*. Praha : Orbis, 1937, s. 5. Antropologická knihovna.
14. NEUMANN, SK. *Dějiny ženy*. Sv. 2. Praha : Melantrich, 1931.
15. PENCE, GE. *Classic cases in medical ethics*. New York : McGraw-Hill, 1990. 397 p.
16. *Právníký slovník*. Díl 1. Praha : Panorama, 1988, s. 583 násl.
17. SPEERT, H. *Iconographia gynaiatrica*. Philadelphia : Davis, 1973. 540 p.
18. *Talmud*. Selected writings. New York : Paulist Press, 1989, p. 34–36.
19. *Voltaire – myslitel, bojovník*. Praha : SNPL, 1957, s. 44–48, 363–373, 401–421.
20. ZANDR, J., GOETZ, E. Hausgeburt und klinische Entbindung im Dritten Reich. In *Geschichte der Gynäkologie und Geburtshilfe*. Berlin : Springer-Verlag, 1986, S. 143–157.
21. ŽIŽKA, J. *Diagnostika syndromů a malformací*. Praha : Galén, 1994. 414 s.

Základní právní předpisy upravující právní odpovědnost a právní vztahy v porodnictví

(konkrétní texty citovaných předpisů jsou uvedeny v jednotlivých částech publikace)

I. OBECNÉ ZÁKONY

1. Ústava České republiky – ústavní zákon č. 1/1993 Sb.

2. Listina základních práv a svobod

Usnesení předsednictva České národní rady o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky č. 2/1993 Sb.

3. Občanský zákoník

zákon č. 40/1964 Sb.
změny:

(z.č. 58/1969 Sb., z.č. 131/1982 Sb., z.č. 137/1982 Sb., z.č. 94/1988 Sb., z.č. 188/1988 Sb., z.č. 87/1990 Sb., z.č. 105/1990 Sb., z.č. 116/1990 Sb., z.č. 87/1991 Sb., z.č. 509/1991 Sb., z.č. 102/1992 Sb., z.č. 264/1992 Sb., z.č. 267/1994 Sb., z.č. 104/1995 Sb., z.č. 118/1995 Sb., z.č. 89/1996 Sb., z.č. 94/1996 Sb., z.č. 227/1997 Sb., z.č. 91/1998 Sb.)

Poslední úplné znění publikované pod č. 47/1992 Sb.*

4. Nařízení vlády, kterým se provádí občanský zákoník

nař. vl. č. 258/1995 Sb.

5. Zákon o rodině

zákon č. 94/1963 Sb. změny
změny:

(z.č. 132/1982 Sb., z.č. 234/1992 Sb., nález ústavního soudu publikovaný pod č. 72/1995 Sb., z.č. 91/1998 Sb.).

Poslední úplné znění publikované pod č. 66/1983 Sb.*

6. Zákoník práce

zákon č. 65/1965 Sb.

změny:

(z.č. 88/1968 Sb., z.č. 153/1969 Sb., z.č. 100/1970 Sb., z.č. 146/1971 Sb., z.č. 20/1975 Sb., z.č. 72/1982 Sb., z.č. 111/1984 Sb., z.č. 22/1985 Sb., z.č.52/1987 Sb., z.č. 98/1987 Sb., z.č. 188/1988 Sb., z.č. 3/1991 Sb., z.č. 297/1991 Sb., z.č. 231/1992 Sb., z.č. 264/1992 Sb., z.č. 590/1992 Sb., z.č. 37/1993 Sb., z.č. 74/1994 Sb., z.č. 118/1995 Sb., z.č. 287/1995 Sb., z.č. 138/1996 Sb.).

Poslední úplné znění publikované pod č. 126/1994Sb.*

7. Nařízení vlády, kterým se provádí zákoník práce

nař.vl. č. 108/1994 Sb.

8. Obchodní zákoník

zákon č.513/1991 Sb.

změny:

(z.č. 264/1992 Sb., z.č. 591/1992 Sb., z.č. 600/1992 Sb., z.č. 286/1993 Sb., z.č. 156/1994 Sb., z.č. 84/1995 Sb., z.č. 94/1996 Sb., z.č. 142/1996 Sb., z.č. 77/1997 Sb., z.č. 15/1988 Sb.).

9. Trestní zákon

zákon č. 140/1961 Sb.

změny:

(z.č. 120/1962 Sb., z.č. 53/1963 Sb., z.č. 184/1964 Sb., z.č. 56/1965 Sb., z.č. 81/1966 Sb., z.č. 148/1969 Sb., z.č. 45/1973 Sb., z.č. 43/1980 Sb., z.č. 10/1989 Sb., z.č. 159/1989 Sb., z.č. 47/1990 Sb., z.č. 84/1990 Sb., z.č. 175/1990 Sb., z.č. 457/1990 Sb., z.č. 545/1990 Sb., z.č. 490/1991 Sb., z.č. 557/1991 Sb., náleží Ústavního soudu publikovaný pod č. 93/1992 Sb., z.č.290/1993 Sb., z.č. 38/1994 Sb., náleží Ústavního soudu publikovaný pod č. 91/1994 Sb., z.č. 152/1995 Sb., z.č.19/1997 Sb., náleží Ústavního soudu publikovaný pod č.103/1997 Sb., z.č. 253/1997 Sb., z.č. 92/1998 Sb.).

Poslední úplné znění publikované pod č. 392/1992 Sb.*

10. Zákon o přestupcích

zákon č. 200/1990 Sb.

změny:

(z.č. 337/1992 Sb., z.č. 344/1992 Sb., z.č. 359/1992 Sb., z.č. 67/1993 Sb., z.č. 290/1993 Sb., z.č. 134/1994 Sb., z.č. 82/1995 Sb., z.č. 237/1995 Sb., z.č. 279/1995 Sb., z.č. 289/1995 Sb.).

Poslední úplné znění publikované pod č. 124/1993 Sb.*

11. Zákon o správním řízení (správní řád)

zákon č. 71/1967 Sb.

12. Zákon o odpovědnosti za škodu způsobenou při výkonu veřejné moci rozhodnutím nebo nesprávným úředním postupem

zákon č. 82/1998 Sb.

II. MEZINÁRODNÍ MNOHOSTRANNÉ ÚMLUVY

1. **Úmluva o odstranění všech forem diskriminace žen**
publikovaná vyhláškou č. 62/1987 Sb.,
2. **Úmluva o právech dítěte**
publikovaná jako sdělení pod č. 104/1991 Sb.

III. ZDRAVOTNICKÉ PŘEDPISY

1. **Zákon o péči o zdraví lidu** zákon č.20/1966 Sb.
změny:
(z.č. 210/1990 Sb., z.č. 425/1990 Sb., z.č. 548/1991 Sb., z.č. 550/1991 Sb.,
z.č. 590/1992 Sb., z.č. 15/1993 Sb., z.č. 161/1993 Sb., z.č. 307/1993 Sb.,
z.č. 60/1995 Sb., nález Ústavního soudu publikovaný pod č. 206/1996 Sb.,
z.č. 14/1997 Sb., z.č. 79/1997 Sb., z.č. 110/1997 Sb.).
Poslední úplné znění publikované pod č. 86/1992 Sb.*
2. **Zákon o pokutách za porušování právních předpisů o vytváření
a ochraně zdravých životních podmínek** zákon č. 36/1975 Sb.
změny:
(z.č. 137/1982 Sb., z.č. 14/1997 Sb.).
3. **Zákon o umělém přerušení těhotenství** zákon č. 66/1986 Sb.
4. **Vyhláška, kterou se provádí zákon o umělém přerušení těhotenství**
vyhláška č. 75/1986 Sb.
změna:
(vyhláška č. 467/1992 Sb.).
5. **Vyhláška o zdravotnických pracovnících** vyhláška č. 77/1981 Sb.
6. **Směrnice o náplni činnosti středních, nižších a pomocných
zdravotnických pracovníků** směrnice č.10/1986 Věst. MZ
7. **Zákon o České lékařské komoře, České stomatologické komoře
a České lékárnické komoře** zákon č. 220/1991 Sb.
změna:
(z.č.160/1992 Sb.).

8. Zákon o veřejném (všeobecném) zdravotním pojištění

zákon č. 550/1991 Sb.

změny:

(z.č. 592/1992 Sb., z.č. 161/1993 Sb., z.č. 324/1993 Sb., z.č. 241/1994 Sb., z.č. 59/1995 Sb., z.č. 160/1995 Sb., z.č. 149/1996 Sb., z.č.206/1996 Sb.).

9. Zákon o Všeobecné zdravotní pojišťovně

zákon č. 551/1991 Sb.

změny:

(z.č. 592/1992 Sb., z.č.10/1993 Sb., z.č. 60/1995 Sb., z.č. 149/1996 Sb., z.č. 48/1997 Sb., z.č. 93/1998 Sb.).

10. Zákon o pojistném na veřejné (všeobecné) zdravotní pojištění

zákon č. 592/1992 Sb.

změna:

(z.č. 10/1993 Sb., z.č. 15/1993 Sb., z.č. 161/1993 Sb., z.č. 324/1993 Sb., z.č. 42/1994 Sb., z.č. 241/1994 Sb., z.č. 59/1995 Sb., z.č. 149/1996 Sb., z.č. 48/1997 Sb.).

Poslední úplné znění publikované pod č. 217/1996 Sb.*

11. Zákon o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách

zákon č. 280/1992 Sb.

změny:

(z.č. 10/1993 Sb., z.č. 15/1993 Sb., z.č. 60/1995 Sb., z.č. 149/1996 Sb., z.č. 48/1997 Sb., z.č. 93/1998 Sb.).

12. Zákon o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních

zákon č. 160/1992 Sb.

změna:

(z.č. 161/1993 Sb.).

13. Směrnice o podmínkách pro umělé oplodnění

směrnice č.18/1982 Věst. MZ

14. Metodický návod pro poskytování, vykazování a uhradě výkonů asistované reprodukce

Metodický návod č. 13/1979 Věst. MZ

15. Metodický návod o genetickém vyšetření

Metodický návod č. 4/1994 Věst. MZ

16. Vyhláška o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady

vyhláška č. 242/1991 Sb.

- 17. Vyhláška o postavení, organizaci a činnosti fakultních nemocnic a dalších nemocnic, vybraných odborných léčebných ústavů a krajských hygienických stanic v řídicí působnosti Ministerstva zdravotnictví**
vyhláška č. 394/1991 Sb.
- 18. Vyhláška o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení**
vyhláška č. 49/1993 Sb.
změny:
(vyhl. č. 51/1995 Sb., vyhl.č. 225/1997 Sb.).
- 19. Vyhláška o vytváření a ochraně zdravých životních podmínek**
vyhláška č. 45/1966 Sb.
změny:
(vyhl. č. 146/1971 Sb., vyhl. č. 185/1990 Sb., vyhl. č. 14/1998 Sb.).
- 20. Vyhláška o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení**
vyhláška č. 207/1992 Sb.
- 21. Vyhláška, kterou se stanoví hygienické požadavky pro zacházení s prádlem a pro praní prádla ze zdravotnických zařízení**
vyhláška č. 394/1991 Sb.
- 22. Vyhláška, kterou se stanoví práce a pracoviště, které jsou zakázané všem ženám, těhotným ženám, matkám do konce devátého měsíce po porodu a mladistvým a podmínky, za nichž mohou mladiství výjimečně tyto práce konat z důvodů přípravy na povolání**
vyhláška č. 261/1997 Sb.
- 23. Vyhláška o znaleckých komisích**
vyhláška č. 21/1995 Sb.
- 24. Vyhláška o postupu při úmrtí a pohřbívání**
vyhláška č. 19/1998 Sb.
- 25. Vyhláška o povinném hlášení ukončení těhotenství, úmrtí dítěte a úmrtí matky**
vyhláška č. 11/1988 Sb.

* Platná úprava vychází z posledního publikovaného znění se změnami provedenými po jeho vydání.

Autoři

prof. MUDr. Antonín Doležal, DrSc. (* 1929)

Lékařskou fakultu UK v Praze absolvoval v roce 1953. Nyní působí na Gynekologicko-porodnické klinice VFN a 1. LF UK v Praze. Jeho hlavním odborným zájmem je porodnická problematika, kde spojuje přírodovědecké pojetí s klinickou patofyziologií. Je s Tittelbachovou spoluzakladatelem oboru antropologie mateřství, s Figarem objevitelem těhotenského vazodilatačního fenoménu a s Hlavatým fenoménu retardace minima děložního průtoku. Získal hodnost kandidáta lékařských věd (1961), byl ustanoven docentem (1975), obhájil doktorskou disertační práci a byl jmenován profesorem (1983). Věnuje se pre- a nyní zejména postgraduální výuce.

Publikoval přes 140 odborných prací v našich a zahraničních periodících. Je autorem 6 monografií (*Fylogenetické problémy lidské reprodukce*, *Technika porodnických operací* aj.), spoluautorem řady učebnic a studijních textů, aktivně se účastnil mnoha mezinárodních konferencí. Uspořádal 5 výstav z dějin porodnictví a antropologie mateřství, spolupořádal výstavu v Národním muzeu (1999).

Obdržel Stříbrnou medaili Přírodovědecké fakulty UK, Hrdličkovu medaili, Traplovu medaili, medaili J. E. Purkyně, Stříbrnou medaili UK, medaili Ministerstva zdravotnictví ČLR. Je čestným členem *České lékařské společnosti JEP* a *České gynekologicko-porodnické společnosti ČLS JEP*. Dlouhodobě pracoval jako tiskový referent předsednictva ČLS JEP a byl členem redakčních rad několika periodik.

*Kontaktní adresa: Gynekologicko-porodnická klinika VFN a 1. LF UK,
Apolinářská 18, 128 00 Praha 2*

JUDr. Zdeněk Zeman, CSc. (* 1932)

Právnickou fakultu UK v Praze absolvoval v roce 1955. V letech 1955–1968 pracoval na okresní a krajské prokuratuře, potom přešel na ministerstvo zdravotnictví, kde zastával od roku 1983 do roku 1991 funkci ředitele právního odboru. Nyní působí jako advokát.

Jeho hlavním odborným zájmem je zdravotnické právo a administrativní právo. Získal hodnost kandidáta věd (1980). Zúčastnil se zahraničních stáží v Gentu (1974 a 1982), v Montpellier (1978), v Moskvě (1984) a Budapešti (1985).

Publikoval asi 50 odborných prací v našich a zahraničních periodických. Přednesl přes 70 sdělení na domácích a zahraničních vědeckých setkáních. Je autorem monografie *Regresní náhrady* (Orbis, 1987).

Je čestným členem *Společnosti soudního lékařství České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně*.

Kontaktní adresa: Brdičkova 1913/17, 155 00 Praha 5

