

Odborné vyjádření z oboru porodní asistence zpracované

Uní porodních asistentek, z. s.

Toto odborné vyjádření bylo zpracováno za základě žádosti advokátky Zuzany Candigliota, právní zástupkyně žalobkyně [REDACTED] pro soudní řízení na ochranu osobnosti (Okresní soudem v Mělníku, sp. zn. 6 C 20/2015, Krajský soud v Praze, sp. zn. 21 Co 354/2017). Konkrétně bylo požádáno o odborné vyjádření z oboru porodní asistence k postupu žalované, Nemocnice Neratovice (ALMEDA a. s.), při porodu dcery žalobkyně a) [REDACTED] a postupu žalované při poskytování služeb v péči o žalobkyni b) po jejím narození. a vyjádření ke znaleckému posudku Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

Předkladatelé žádosti o posudek kladou následující otázky:

1. Jednalo se v případě paní [REDACTED] o nízkorizikovou rodičku? Byla u ní zjištěna nějaká rizika vyžadující zvýšené sledování?
2. Byla při vstupním monitoringu kardiokografem (přístroj na sledování těchto proměnných: srdečního pulzu a pohybů dítěte, děložních kontrakcí /stahů/ u ženy; dále jen CTG) zjištěna nějaká patologie nebo podezření na ni? Byla zjištěna nějaká patologie nebo podezření na ni u opakovaného monitoringu CTG v průběhu porodu a v závěru porodu? Lze potvrdit údajnou slabou kontrakční činnost při vypuzování dítěte (2. doba porodní)? Bylo nezbytně nutné porod urychlit, tj. v tomto případě ženě direktivně podat, i kdyby to mělo být proti její vůli, Pitocin (oxytocin, hormon potencující děložní stahy) a ihned s pomocí nástřihu hráze ukončit porod? Byl žalobkyni proveden nástřih hráze za účelem záchrany plodu? Bylo nezbytně nutné i proti její vůli žalobkyni držet v první i druhé době porodní v poloze na zádech, s nohama v držadlech? Existují rizika těchto postupů? Pokud ano, prosím, popište jaká.
3. Byla zjištěna infekce po odtoku plodové vody před porodem? Jaký smysl má podat antibiotickou léčbu (dále jen ATB) při otevření branky na 8 cm (a absenci infekce) profylakticky? Existují rizika podání ATB? Pokud ano, prosím, popište jaká.
4. Bylo nezbytně nutné přestříhnout pupečník u dítěte s Apgar skóre 9 (skóre sledující stav novorozence po porodu – dýchání, pulz, barva, tonus, reakce na podráždění, s maximální hodnotou 10) v 1. minutě? Jaké jsou alternativy okamžitého přestřížení? Jaké jsou výhody dotepání pupečníku?
5. Je běžné, že se rodiče dělá odběr krve v závěru postupujícího porodu? Byl k tomu důvod u žalobkyně a)?
6. Kolik osob personálu bylo nezbytně nutných při porodu žalobkyně a)? Stačila u ní k bezpečnému porodu asistence jedné porodní asistentky, včetně ošetření matky a dítěte po porodu?
7. Jaká zdravotní rizika, pokud nějaká, by znamenalo umožnění žalobkyni ponechat si svoji placentu a odvézt si ji domů? Jsou nějaká zdravotní rizika spojena s tzv. lotosovým porodem, resp. odložením přestřížení pupeční šňůry u dítěte?
8. Jak vypovídá o kvalitě péče v nemocnici v Neratovicích, pokud ze statistik publikovaných na webu Aperio za rok 2012 vyplývá 41,1 % nástřihů hráze a 40,3 % císařských řezů?

9. Zhodnoťte prosím vedení zdravotnické dokumentace.
10. Jaký druh péče měl dle vašeho mínění být nabízen rodičce tak, aby porod proběhl co nejbezpečněji z hlediska zachování fyzické i psychické integrity a zdraví a žalobkyně a) i nezletilé žalobkyně b)?

K přípravě k prostudování pro odpovědi na výše zmíněné otázky byly zpracovatelkám předloženy následující dokumenty (kopie):

- Průkaz pro těhotné
- Zdravotnická dokumentace z průběhu porodu a poporodní péče obou žalobkyň
- Porodní přání paní [REDAKCE]
- Záznam o odmítnutí péče žalovanou ze dne 20. 2. 2012
- Stížnost žalující proti postupu při poskytování zdravotních služeb ze dne 9. 12. 2014
- Žaloba ze dne 19. 2. 2015
- Ústavní znalecký posudek vypracovaný VFN Praha
- Protokoly ze soudních jednání Okresního soudu v Mělníku (a dožádaného soudu) ve dnech 18. 1. 2016, 22. 2. 2016, 8. 3. 2016, 30. 5. 2017
- Rozsudek Okresního soudu v Mělníku ze dne 30. 5. 2017 sp. zn. 6 C 20/2015

Zjištění

Paní [REDAKCE] [REDAKCE] dříve [REDAKCE] nar. 7. 10. 1980, poprvé těhotná, zdravá, v r. 1984 mononukleóza bez následků, 2006 úraz kotníku, občasný výskyt herpes genitalis. Dle záznamů v průkazu pro těhotné: v poradně pro těhotné vyšetřena 12x, naposledy 14. 2. 2012. termín porodu stanoven dle PM 28. 2. 2012, dle UZ 1. 3. 2012; veškerá laboratorní vyšetření v normě. GBS negativní, KS B+.

Při příjmu na porodnické oddělení nemocnice Neratovice dne 20. 2. 2012 v 9:29 těhotenství hodnoceno jako fyziologické, po ukončeném 38. týdnu gravidity, udán odtok čiré plodové vody 18. 2. 2012 ve 20:00 hod., při příjmu plodová voda neodtéká, kontrakce dělohy každé 3 minuty, od 19. 2. 2012 22:00 hod., TK, P a TT fyziologické, GBS negativní, nekrvácí, CTG fyziologické, branka dilatována na 5 cm, hlava dítěte naléhá na vchod pánevní, závěr: partus in cursu (porod v běhu). Dle příjmové ošetrovatelské dokumentace rodička komunikuje, spolupracuje.

Dále zapsáno:

- 09:16 – 09:35 CTG záznam
- 09:45 – vana
- 09:45 - 10:15, ozvy plodu (dále OP) 140 - 134 - 138/min
- 10:15 porodní sál
- 10:19 – 10:25 CTG záznam
- 10:25 – WC, močí spontánně
- 10:30 - 10:50 intermitentně poslech ozev plodu à 5 minut 134 - 144/min
- 10:55 - 11:15 CTG záznam
- 11:00 vaginální vyšetření: branka dilatována na 8 cm,
- ordinace: zavedení permanentního žilního katetru, odběr krve - KO, CRP, infuze 5 ml IU PNC-G ve 100 ml FR a dále 2,5 ml. za 4 hod.
- 11:20 - 11:30 intermitentně poslech ozev plodu à 5 minut - 130 - 140/min
- 11:31 výsledky laboratorního vyšetření krve: S-CRP 8,57mg/l, Hgb 124g/l, Le 17,8G/l

- 11:36 - 11:45 CTG záznam
- 11:36 vaginální vyšetření: branka zašlá (zcela dilatována), rodička tlačí k porodu
- 11:42 slabá děložní činnost (zapsáno ošetřující lékařkou, neprokázáno záznamem monitoru CTG – pozn. zpracovatele), bradykardie
- ordinace: 2j. oxytocinu intravenózně
- 11:45 spontánní porod plodu - děvče 2780 g
- 11:55 spontánní porod placenty

Stav rodičky po porodu:

- 12:10 subj.: dobře; obj.: děloha kontrahovaná, retrahovaná k pupku, krvácí přiměřeně, ordinace: 2 hodiny po porodu placenty nic p.o. (jíst a pít), zůstat na por. sále, kontrola TK, P, krvácení a retrakce placenty à 15 minut
- 12:10 - 13:55 TK, P à 15 min., TK 110/60 - 120/70, P70 - 74/min.
- 14:10 vstala do sprchy, nekolabuje, komunikuje, děloha retrahovaná, krvácí přiměřeně
- 16:00 močí spont.
- 18:00 děloha retrahovaná, krvácí přiměřeně

Záznam o dítěti

20. 2. 2012

- stav ihned po porodu: křičí, pomaleji růžoví, APGAR 9/9/10, nekříšena
- tělesný vývoj: donošená eutrofická (tzn. dobře vyživovaná, živěná -- pozn. zpracovatele) holčička
- tělesný stav, poranění: dobrý, por. nádor v záhlaví
- 15:00 adaptace dobrá, rodiče žádají předčasné propuštění

21. 2. 2012

- 8:40 úbytek v normě, čilá, saje dobře, podepsán revers
- 10:00 propuštěna domů

Závěry

Po podrobném prostudování předložených kopií je možné se k položeným otázkám vyjádřit následujícím způsobem:

1. Jednalo se v případě paní [REDAKCE] o nízkorizikovou rodičku? Byla u ní zjištěna nějaká rizika vyžadující zvýšené sledování?

Z předložené zdravotnické dokumentace vyplývá, že u paní [REDAKCE] nebyly zjištěny během těhotenství žádné známky rizika a patologií, týkající se samotného těhotenství. V těhotenské průkazce je zmíněn několikrát v průběhu těhotenství výskyt herpes genitalis, rozborů krve prokázaly dostatečný výskyt protilátek v těle ženy. Pro dítě je tento druh viru rizikem pouze pokud se výsev objeví v době porodu - je indikací k sekci (císařský řez). V době porodu nález pozitivní (výskyt) nebyl. Jednalo se o fyziologické těhotenství 31leté prvorodičky. Žena pravidelně absolvovala veškerá doporučená vyšetření lékařem (ošetřující gynekoložkou). Po celou dobu těhotenství se nevyskytl žádný problém vyžadující zvýšené sledování, v průběhu porodu pak takovým nálezem byl odtok části plodové vody. Tento vyžaduje zvýšené sledování rodičky tato: odběr a rozbor krve, omezení vaginálních vyšetření, měření teploty těla (dále jen TT) a pulzu (dále jen P).

Detailně k odtoku plodové vody: dne 18. 2. 2012 ve 23:19, dle výpovědi paní [REDAKCE] došlo k odtoku čiré plodové vody s nástupem kontrakcí (dle medicíny nástup pravidelných kontrakcí udává začátek porodu) následujícího dne, tedy 19. 2. 2012 v cca 16:00 :00. Odtok plodové vody je udán cca 17 hodin před začátkem porodu. Tato skutečnost sama o sobě není nezbytným důvodem k lékařským zásahům, ale je důvodem k cílenému sledování zánětlivých markerů z důvodu možného rizika vzniku intrauterinní infekce; jsou to pravidelné měření tělesné teploty (TT), pulzu (P) a popř. odběry krve na C-reaktivní protein (CRP). TT při příjmu byla 36,5 – tzn. v normě, P 78/min. – tzn. v normě, další záznamy o TT v průběhu porodu ani po porodu nejsou, P po porodu byl 70 - 74/min. – tzn. v normě (stav po podání antibiotik), CRP 8,57mg/l – tzn. v normě.

Běžná koncentrace CRP v séru zdravých jedinců je nízká. Při bakteriální infekci se výrazně zvýší cca během 6 – 12 hodin. Je-li výsledek testu do 8 – 10 jednotek, nejedná se o akutní bakteriální infekci. Lehce zvýšené CRP nad tyto hodnoty mívají např. těhotné ženy, a lidé po velké fyzické zátěži. Tyto hodnoty obvykle nevyžadují (bez dalších klinických příznaků) nasazení antibiotik;

Le 18,7G/l - mírná elevace; Koncentrace leukocytů stoupá během gravidity nad horní hranici normy (10 tis./ml) až k hodnotám kolem 18 tis./ml během porodu a v časném poporodním období pak až na hodnoty kolem 25 tis./ml (L. Bezdíčková. Fyziologické změny krevního obrazu a hemokoagulace během těhotenství. Moderní babictví 14, 2007). *Pouhá elevace leukocytů sama o sobě v případě rodící ženy nemůže stanovit diagnózu a být indikací k podání antibiotické terapie.*

Závěr: Těhotenství bez problémů indikujících zvýšené riziko pro matku a dítě, hodnoty měření všech faktorů z vyšetření v normě, žena byla nízkorizikovou rodičkou. Zvýšené sledování zde vyžadoval pouze časný odtok plodové vody. V čase porodu herpes genitalis s negativním nálezem. V čase porodu zánětlivé markery – nález negativní. Tuto informaci měla rodička obdržet a na základě té se rozhodnout o (zde profylaktickém) podání antibiotik v závěru porodu. Z výpovědi ženy vyplynulo, že nebyla pravdivě informována o těchto skutečnostech. Pouze na základě těchto lze ale učinit informované a svobodné rozhodnutí.

- 2. Byla na vstupním monitoringu CTG zjištěna patologie nebo podezření na ni? Byla zjištěna nějaká patologie nebo podezření na patologii u opakovaného monitoringu CTG v závěru porodu? Byla zjištěna slabá kontrakční činnost dělohy? Bylo nezbytně nutné okamžitě ukončit porod? Bylo nezbytně nutné žalobkyni podat hormonální léčbu - oxytocin? Bylo nezbytně nutné ženě provést nástřih hráze za účelem záchrany plodu? Bylo nezbytně nutné žalobkyni držet v poloze na zádech s nohama v drždlech? Jaká jsou rizika těchto postupů?**

Při vstupním CTG byla zjištěna bazální frekvence ozev 125/min. s amplitudou Δ 10 - reaktivní záznam při pohybech a kontrakcích s krátkodobou tachykardií při kontrakci na 170/min, trvající cca 2 minuty a po té návrat k základní frekvenci 125/min., bez patologické decelerace (poklesu), kontrakce 2x/20 minut - svědčí o fyziologickém záznamu. (Doporučené postupy v perinatologii. Měchurová A. et al. Supplementum České gynekologie 2013, 78, 3-62, strana 26-27). Vzhledem k fyziologickému záznamu CTG při příjmu (9:16 - 9:35 hod.) není odůvodněná indikace ke kontrolnímu CTG za 1 hodinu (10:19 - 10:25 hod.), stejně jako opakování v 10:55 - 11:25 hod. Záznamy frekvence ozev plodu jsou shodné jako u záznamu při příjmu, hodnoceny jako fyziologické. Chybí záznam děložní činnosti. Pouze u CTG záznamu při příjmu 9:16 - 9:35 hod. jsou snímány kontrakce a záznam je vyhodnocen jako fyziologický, u dalších záznamů

nejdou kontrakce snímány a záznamy nejsou slovně vyhodnoceny. Neodůvodněná se jeví indikace k CTG záznamu v samotném závěru porodu 11:36 - 11:45 hod., při diagnostikované zašlé brance a aktivní fázi druhé doby porodní (v dokumentaci popsáno jako tlačení k porodu) v 11:36 hod. CTG: bazální frekvence ozev 105-110/min., normální variabilita, s akcelerací, 4x krátkodobá decelerace ozev plodu do 85/min. s návratem na 105/min., kontrakce nejsou snímány.

Záznam nelze posoudit objektivně bez zjištění vztahu decelerace ozev plodu k vrcholu kontrakcí, ale vzhledem k tomu, že se jednalo o záznam v II. době porodní, není krátkodobá decelerace při tlačení k porodu s návratem do „normálu“ známkou akutní hypoxie plodu, což bylo potvrzeno poporodními hodnotami APGAR skóre novorozence – 9, 9, 10 (hodnota 10 je hodnotou maximální). Na CTG záznamu není přítomná jiná známka akutní hypoxie, ani ve zdravotnické dokumentaci není o ní záznam. Obecně – je zcela neobvyklé natáčet záznam CTG při zcela rozvinuté (dilatované) vaginální brance v aktivní fázi druhé doby porodní (v dokumentaci zmíněno jako „tlačení k porodu“) neindikovaně. Tedy v případě, kdy předchází záznamy CTG byly vyhodnoceny jako fyziologické.

Tento postup je pro matku diskomfortní a v kombinaci s polohou vleže na zádech a s nohama upevněnými v podpěrách představuje naopak riziko pro plod. Mezinárodní federace gynekologie a porodnictví (International Federation of Gynecology and Obstetrics /FIGO/, dále jen FIGO) ve svých závěrech a doporučeních pro porod uvádí, že pozice vleže na zádech při porodu snižuje průtok krve dělohou a může přispět k tísní plodu a navíc neposkytuje žádnou mechanickou výhodu k sestupu dítěte (FIGO GUIDELINES Management of the second stage of labor, International Journal of Gynecology and Obstetrics 119 (2012) 111–116). Poloha vleže na zádech je pro porod polohou nevýhodnou a nedoporučuje se. Vertikální polohy naproti tomu vykazují: statisticky významně nižší podíl asistovaných vaginálních instrumentálních porodů (vacuumextraktor, kleště), významně nižší podíl epiziotomií (nástříhů hráze), nižší výskyt abnormálního srdečního rytmu u plodu, ale vyšší výskyt krevní ztráty u ženy (nad 500 ml) a vyšší míru spontánního natržení II. stupně (odpovídá rozsahem poranění nástříhu hráze) (Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Gupta JK1, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 May 16;5:CD002006).

I české lékařské informační weby pro rodičky uznávají, že poloha rodící ženy ovlivňuje průtok krve v děloze. *Nenarušené prokrvení placenty a tkání porodních cest je jednou z významných podmínek hladkého průběhu porodu a dobrého stavu dítěte.* Při poloze rodící vleže na zádech může obsah dělohy stlačením velkých cév snížit přísun krve k děloze. V důsledku toho se snižuje intenzita děložních kontrakcí a tím dochází k protrahování porodu. (<http://www.porodnice.cz/clanky/i-doba-porodni-neboli-oteviraci-doba>). Článek se vztahuje na I. dobu porodní, ale tyto poznatky je možné aplikovat stejně tak i na 2. (vypuzovací) dobu porodní.

Závěr: Z výše uvedeného vyplývá, že poloha vleže na zádech, do které byla žena umístována, byla kontraproduktivní. Zvláště pak v případě, že ležet rodící sama nechtěla a naopak chtěla zaujmout jinou polohu, resp. mít alespoň možnost si takovou sama zvolit, což by mělo být samozřejmostí.

Je zde třeba vzít v úvahu i to, že CTG metoda měření vede dle zjištění (níže) k vysoké míře nepravě pozitivních signálů, jejichž průvodním jevem je pak vysoký počet na to navazujících zbytečných zásahů, a to zejména, je-li tato metoda používána u rodících žen s nízkým rizikem.

Stouto informací by měl zdravotník umět při subjektivním a konkrétním hodnocení kardiokotogramu (záznamu CTG) pracovat. Pellantová (CZ) uvádí ve svém výzkumu 63,8 % falešně pozitivních výsledků této metody. Ze 100 % porodů s patologickým nebo suspektním CTG bylo pouze 36,2 % jako patologie potvrzeno, zbylých 63,8 % novorozenců bylo fyziologických, bez známek předpokládané tísně (hypoxie) a provedení např. císařského řezu bylo zhodnoceno jako „pravděpodobně zbytečné“. Ve vyhodnocování CTG záznamů hraje velkou roli i již zmíněný faktor subjektivity a zcela objektivní vyhodnocení CTG záznamu má být doplněno další diagnostickou metodou (Pellantová, Validity of CTG monitoring for the diagnosis, <http://www.med.muni.cz/biomedjournal/pdf/2000/04/251-260.pdf>).

Prokazatelně užitečná je tato metoda pouze u žen s vysoce rizikovým porodem, mezi které ale porod paní [redacted] nepatřil. U porodů bez zvýšeného rizika zvyšuje elektronické monitorování počet zásahů bez jasných výhod pro dítě a s určitou mírou dalšího nepohodlí pro ženy (Světová zdravotnická organizace, Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka, WHO/FRH/MSM/96.24). V případě paní [redacted] se tímto „nepohodlím“ stala násilně provedená epiziotomie (nástřih hráze), zákrok, který odmítla (postup non lege artis). V dokumentu porodnice Neratovice „Vedení a průběh porodu“ jsou zmíněna tato rizika zákroku:

- krvácení z okrajů rány
- zřídka se může vytvořit podkožní hematoma měkkých částí hráze či poševního vchodu
- bolest v oblasti poranění
- porucha hojení (např. na základě infekce, kdy je nutné ránu léčit a znovu chirurgicky ošetřit)
- vzácně vznik zjizvení v oblasti zevního genitálu a pochvy, které může vést k dočasným anebo dlouhodobým problémům při sexuálním styku, vyžadující event. chirurgickou korekci.

Dále nelze zjistit, na základě čeho byly kontrakce hodnoceny jako „slabé“. Relativně rychlý průběh porodu u prvorodičky (dle dokumentace) tomu nenasvědčuje. Byl-li podán oxytocin podle dokumentace cca 3 minuty před samotným porodem plodu, lze předpokládat, že došlo během té doby pouze k jedné až dvěma kontrakcím dělohy. Z tohoto pohledu se jeví podání oxytocinu jako zcela zbytečné. Porod (podle záznamů v dokumentaci) postupoval zcela v normě a fyziologicky.

Z výpovědi MUDr. Lucie Jarošové ze dne 18. ledna 2016 vyplynula její určitá neznalost právního rámce kompetence zdravotníka, když tvrdí, že „Hráz bez souhlasu rodičky nastříhneme, hrozí-li tíseň plodu. (...) Bez jejího souhlasu tedy hráze nastříhneme tehdy, jestliže by začala hrozit tíseň plodu. Platí tak, že bez souhlasu rodičky se nástřih hráze provádí tehdy, jestliže hrozí tíseň plodu a porod je v takové fázi, že jej nelze ukončit jinak než vaginálně.“ (str. 3 protokolu). Dále lékařka tvrdí, že: „Porod žalobkyně probíhal přirozeně až do úplného závěru, kdy na monitoru byla zjištěna tíseň plodu.“ (str. 3 protokolu).

Závěr: Nástřih hráze je ve většině případů porodnickou preventivní operací nikoliv akutní, jeho indikace jako preventivní intervence je dle EBM sporná. Výjimkou, kdy je epiziotomii možné považovat za „akutní“ intervenci je případ, kdy je potřeba dítě vybavit akutně instrumentálně (klešťový porod nebo vybavení vacuumextraktorem z důvodu hypoxie plodu při nepostupujícím porodu). Pokud rodička předem vyslovila přání (pisemně či ústně), že si tento zákrok nepřeje, je třeba její přání, jako u každého jiného lékařského zákroku, respektovat. Výjimkou je pouze

situace, kdy je ohrožen život ženy a s rodičkou nelze komunikovat (Episiotomy for vaginal birth. Carroli G, Mignini L. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jan 21;(1):CD000081.).

Nebylo nutné porod urychlovat podáním léčiva. V tomto případě byla paní [REDACTED] jako rodička při plném vědomí a lékařský zákrok podání Pitocinu intravenózně a provedení nástřihu hráze (epiziotomie) byl proveden bez jejího souhlasu, proti její vůli, což je nepřipustné. Ze strany novorozence nebyly v předložené zdravotnické dokumentaci nalezeny známky akutní tísně jako dokladu o nezbytnosti provedení ani jedné z těchto intervencí (důkaz: hodnoty Apgar skóre novorozence po porodu: 9, 9, 10, přičemž maximum dosažených hodnot je 10).

3. Jaké bylo riziko infekce s ohledem na odtok plodové vody? Má smysl podávat ATB při otevření branky na 8 cm? Jaká jsou rizika podání ATB?

Jak bylo již výše v popisu uvedeno: TT při příjmu 36,5 - v normě, P 78/min. - v normě, další záznam o TT v průběhu porodu ani po porodu není zaznamenán, P po porodu 70 - 74/min. - v normě, v průběhu porodu (výsledky známy až po podání antibiotik) CRP 8,57mg/l - v normě, Le 18,7G/l - mírná elevace. Elevace leukocytů sama o sobě nemůže stanovit diagnózu zánětu. Nelze opominout fakt, že krevní odběry byly provedeny až po aplikaci antibiotik a při velmi pokročilém porodním nálezu - branka 8 cm, kdy se dalo předpokládat, že porod dítěte nastane ve velmi krátké době.

„Aplikace antibiotik po 18 hodinách po odtoku plodové vody nemá jasný benefit, rozhodnutí o jejich aplikaci je na ošetřujícím lékaři“ (Doporučené postupy v perinatologii. Měchurová A. et al. Supplementum České gynekologie 2013, 78, 3-62, strana 15). Předpokládá se samozřejmě informovaný souhlas rodičky.

K rizikům podání ATB: z dokumentace vyplývá, že byl aplikován Penicilin G, jehož podávání jako draselné soli benzylpenicilinu, je indikováno na začátku léčby těžkých infekcí způsobených patogeny citlivými na penicilin. Maximální koncentrace v krvi je dosaženo za 15 - 30 minut. Přechází do mateřského mléka (Příbalový leták Penicilin G). EBM: Podání antibiotik přináší s sebou vedlejší účinky - riziko vzniku bakteriální rezistence (odolnost infikujících organismů vůči antibiotikům). Kontrolní skupina ve sledovaném souboru vykazovala nízký výskyt maternálních infekcí. Na základě toho byl vysloven závěr, že rutinnímu použití antibiotik z důvodů odtoku plodové vody by se poskytovatel péče měl, bez potvrzené probíhající infekce (klinicky a laboratorně), vyhnout. (Antibiotics for rupture of membranes when a pregnant woman is at or near term but not in labour. Wojcieszek AM, Stock OM, Flenady V. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014 Oct 29;10:CD001807).

Dalším negativem profylaktické antibiotické terapie (u matky a zejména pak u novorozence) je možné poškození přirozeného mikrobiomu s dopadem na vývoj imunitního systému dítěte.

Antibiotická rezistence se stala vážným problémem celosvětově. Také studie zaměřené na hodnocení preskripce antibiotik v ČR prokázaly vysoký podíl neadekvátního používání antibiotik v primární, ambulantní i nemocniční péči, a následně vzestup ATB rezistence u některých hlavních původců celkových i lokálních bakteriálních infekcí. (Státní ústav pro kontrolu léčiv – antibiotická politika – <http://www.szu.cz/surveillance-atb-rezistence-1>). Doporučení WHO (2018) č. 53 hovoří o rutinním profylaktickém podání antibiotik s tím, že rutinní antibiotická profylaxe se u žen s nekomplikovaným vaginálním porodem nedoporučuje. Zdůrazňuje negativní dopad takového rutinního použití na celosvětové snahy o omezení antimikrobiální rezistence. "Nekomplikovaný vaginální porod" v tomto kontextu znamená vaginální porod v nepřítomnosti jakéhokoli konkrétního faktoru nebo klinických příznaků

materšské infekce. Ženu je nutné pečlivě sledovat pro okamžitou identifikaci jakéhokoli známky infekce a při jejím zjištění zahájit vhodnou léčbu antibiotiky (WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018, ISBN 978-92-4-155021-5).

Závěr: Pro rutinní profylaktické podání antibiotik při předčasném odtoku plodové vody v termínu porodu neexistují žádné spolehlivě prokazatelné důkazy. V případě porodu pani [redacted] kdy branka byla zcela otevřena, nebyly ještě dostupné výsledky laboratorních vyšetření (krev se zřejmě měla nabrat dříve) a rodička byla afebrilní (bez horečky, s normální teplotou), se dá říci, že profylaktické podání ATB bylo zbytečné, a to zejména s ohledem na minimální časové rozmezí mezi aplikací antibiotik a porodem dítěte. Spíše bylo vhodné zvolit vyčkávací postup (ženu dále sledovat klinicky, popřípadě i laboratorně).

4. Bylo nezbytné přestříhnout pupečník u dítěte s Apgar skóre 9 v 1. minutě? Jaké jsou alternativy okamžitého přestřížení? Jaké jsou výhody dotepání pupečníku?

České doporučené postupy se přerušením pupečníku nezabývají, avšak zejména po roce 2000 je toto téma velmi intenzivně sledováno v rámci EBM a bylo shledáno, že neexistuje medicínsky opodstatněný důvod k tomu, aby bylo dítě odděleno od matky, přerušen pupečník, dříve než za 1 - 3 minuty po porodu, s výjimkou nutné intenzivní resuscitace na specializovaném místě v sále. Resuscitace novorozence (křížení, obnovování vitálních funkcí) zde neprobíhala - nebyla potřebná. Výhodou je odložené přerušení, popř. přerušení (až po dotepání pupečníku), což obvykle nastává za cca 2 - 10 minut po porodu dítěte. Zároveň je doporučováno, aby bylo dítě po celou dobu nepřerušeně na těle matky (na hrudi nebo břiše) – bonding/attachment/skin to skin kontakt, což přináší prokazatelné benefity jak pro zdraví matky, tak zejména dítěte. Nepřerušený kontakt matky s dítětem a odložené přerušení pupečníku přináší lepší poporodní adaptaci obou a díky placentární transfúzi vyšší zásobu železa pro novorozence, prevenci anémie novorozence v prvních týdnech i měsících po porodu (Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on mother and baby outcomes McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Jul 11;7:CD004074.).

Výše uvedené potvrzuje i dřívější porodnickou dobrou praxi u nás, kdy např. profesor Jiří Trapl ve své učebnici pro mediky z roku 1949 doporučil „odložené“ přerušení pupečníku. Uvádí, že pokud není asfyxie většího stupně, nebo další závažné stavy, (...) „vyčkáme tak dlouho, až pupečník přestane tepat, což trvá 5 - 10 minut. Tím ušetříme dítěti asi 50 ccm krve, která se mu při tepajícím pupečníku pupeční žilou z placenty vrátí“. Toto porodnické doporučení podporují i současné studie v rámci EBM:

- Orgány plodu a placenty se doplňují a vytvářejí jednotný metabolický a hormonální celek - fetoplacentární jednotku. Po vypuzení dítěte nadále - určitou dobu, individuálně dlouhou dobu - tento oběh funguje, zevním projevem funkce je pulzace pupečníku (Frye A, Baker R. Holistic midwifery. 2013).
- Placenta obsahuje určitý objem krve, jehož část „patří“ dítěti (tato část představuje téměř 30 % celkového objemu krve novorozence). Pokud dojde k předčasnému přerušení pupečníku, pro novorozence to přináší „krevní ztrátu“ s rizikem následné anémie. Předčasné přerušení pupečníku může bránit úspěšné adaptaci novorozence a přispívá k hypovolemickému a hypoxickému poškození u novorozenců se všemi důsledky. Nedostatečné zásoby železa v kojeneckém věku mohou mít nevratný dopad na vývoj mozku, a to navzdory perorálnímu doplnění železa. Nedostatek železa v dětství může vést k neurologickým problémům u starších dětí, včetně špatného výkonu školy,

snížených kognitivních schopností a problémů s chováním. Pro matku přináší pak riziko poruchy odlučování a vypuzování placenty, které ve svém důsledku přináší s sebou další potenciální medicínské intervence. (Mercer JS, Skovgaard RL. Neonatal transitional physiology: a new paradigm. J Perinat Neonatal Nurs. 2002 Mar;15(4):56-75; Mercer JS, Erickson-Owens DA. Rethinking placental transfusion and cord clamping issues. J Perinat Neonatal Nurs. 2012 Jul-Sep;26(3):202-17; Mercer JS, Erickson-Owens DA. Is it time to rethink cord management when resuscitation is needed? J Midwifery Womens Health. 2014 Nov-Dec; 59(6):635-44).

- Z Cochrane reviews dále vyplynulo, že příliš brzké přerušení pupečníku by mohlo také komplikovat zavírání ductu, vstřebávání plicní tekutiny, a porušit cerebrální hemodynamickou autoregulaci, čímž se z imaginárního problému stává významný problém reálný (Begley CM, Gyte GM, Murphy DJ, 2010).
- Předčasné přerušení pupeční šňůry je preventivní, nefyziologická intervence, která *zabraňuje přirozenému procesu placentární transfúze*. Narušuje normální fyziologické procesy, ke kterým dochází při narození. Rychlé přerušení pupečníku je obvykle věc neznalosti (či pohodlí) pečujícího personálu bez důkazů o jakémkoli jeho pozitivním dopadu pro novorozence. Placentární transfúze může mít výrazně pozitivní dopad na výsledky neonatální morbidity a mortality. Měl by být přezkoumán a přijat týmový přístup, který zajistí, že technika rychlého přerušení pupečníku bude vyloučena z rutinní praxe (Katheria AC, Lakshminrusimha S, Rabe H et al. Placental transfusion: a review. J Perinatol. 2017 Feb;37(2):105-111).
- Pozdější přestřižení pupečníku podporuje kardiovaskulární stabilitu a perfuzi plic novorozence (Ersdal HL, Linde J, Mduma E, et al. Neonatal Outcome Following Cord Clamping After Onset of Spontaneous Respiration. Paediatrics, 2014). Nepředstavuje žádné riziko ani ohrožení matky krvácením či úmrtím, nebyl zjištěn rozdíl v míře poporodního krvácení, naopak přináší benefity pro novorozence (McDonald S, Middleton P, et al. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. Cochrane database, systematic revue, 2013).

Ze systematické revue (15 studií, 3961 žen a novorozenců) vyplývají doporučení pro změnu rutinního postupu směrem k přístupu s odloženým přerušením pupečníku u zdravých novorozenců (3 a více minut), které podle dostupných studií přináší benefity pro zdraví a život matek i novorozenců (a to včetně předčasně narozených a v případě potřeby resuscitace). Na rozdíl od aktivního managementu III. Doby porodní fyziologická péče o ženu naopak minimalizuje rizika pro ženu i dítě.

Závěr: Dle hodnocení APGAR skóre 9, 9, 10 i podle hodnocení neonatologem se zde, v případě [redacted] jednalo o zcela fyziologického novorozence. V dokumentaci nebyl popsán žádný nález, který by indikoval přerušení pupeční šňůry novorozené ihned po porodu. Nejednalo se v žádném smyslu o zákrok z důvodu záchrany zdraví a (nebo) života novorozené, a pokud rodiče jako zákonní zástupci měli konkrétní přání nepřerušit pupečník a s tímto posečkat, mělo jim být plně jejich vůli vyhověno.

K projevenému přání paní [redacted] – přerušit pupeční šňůru odloženě až o několik hodin – tzv. Lotosový porod:

V této chvíli neexistují vědecké důkazy ani pro podporu ani pro odmítnutí tohoto postupu. Jsou známy případy z praxe (viz důkazní materiál), kdy toto odložené přerušení pupečníku bylo

realizováno a nebyly v souvislosti s tím prokázány žádné zdravotní komplikace u dítěte (krvácení, infekce). Jedinou zmínku, kterou se podařilo dohledat v odborné zahraniční literatuře o tomto postupu, poskytuje publikace Holistic midwifery (textbook for midwives) autorky Anne Frye (2013), která uvádí, že „(...) tepny vedoucí krev od novorozence k placentě rychle kolabují díky retrakci děložního svalu po porodu dítěte (dítě tedy nemůže „krvácet“ zpět do placenty), žíla vedoucí krev z placenty k novorozenci zůstává dilatovaná déle (důvodem je čas pro maximální možnou placentární transfuzi směrem k novorozenci). Při lotosovém porodu zůstává pupečník intaktní (bez poškození, a nečinný), dokud nezaschne, což obvykle nastává po několika dnech po porodu. Účinek tohoto postupu na objem krve novorozence je stejný jako při fyziologickém (po dotepání, odloženém) přerušení pupečníku. Placenta vyžaduje v tomto případě ale zvláštní péči.“ Autorka v knize uvádí odkaz na Shivam Rachana (2000), která tento typ péče po porodu z důvodů psychospirituálních hájí. Vychází z teze, že placenta je více než jen fyziologickou podporou plodu – je součástí jeho prenatální jednotky, po porodu pak z placenty novorozenec dočerpává v placentě obsaženou „životní sílu“.

Pokud tomu fyziologicky nic nebrání, nemělo by být zřejmě zamezováno takové volbě rodiče/čů pro poporodní péči o vlastní dítě. V žalobě je uvedeno, že přání ženy nepřerušit pupeční šňůru až 24 hodin po porodu placenty (jak je uvedeno v porodním přání) je výrazem jejího přesvědčení, myšlení a světonázoru.

5. Je běžné, že se rodiče dělá odběr krve v závěru postupujícího průběhu porodu? Byl k tomu nějaký důvod u žalobkyně a)?

Odběr krve během porodu se provádí pouze v odůvodněných případech, zejména před aplikací epidurální analgezie, při velké krevní ztrátě za účelem podání krevní transfuze, za účelem zjištění přítomnosti infekce u rodičky. Zde protože okolnosti odtoku plodové vody byly známy hned při příjmu rodičky na porodní sál, mohl být odběr krve (vhodněji) pro diagnostiku možného rizika infekce proveden hned při příjmu na porodnické oddělení. Vzhledem k tomu, že žena nejevila v dalším průběhu porodu žádné klinické známky infekce a odběr byl proveden až v závěru porodu, šlo o výkon v té chvíli zbytečný, navíc (na základě sdělení paní [redacted] provedený bez jejího informovaného souhlasu.

6. Kolik osob personálu bylo nezbytně nutných při porodu žalobkyně a)? Stačila u ní k bezpečnému porodu asistence jedné porodní asistentky, včetně ošetření matky a dítěte po porodu?

Péči u porodu s nízkým rizikem, jímž tento konkrétní porod byl, může zajistit jedna porodní asistentka, a to jak ošetření matky, tak i fyziologického novorozence (vyhláška o činnostech č. 55/2011 Sb.). Může však být výhodou, pokud jsou u porodu přítomny dvě osoby, dle našeho názoru nejlépe dvě porodní asistentky, jelikož profesionálky z oboru porodní asistence jsou znalé fyziologie obou, ženy i novorozence a jsou schopny plně pečovat o tuto dyjádu (matka a dítě po porodu). V tomto konkrétním případě s ohledem na všechny zmíněné skutečnosti výše a s ohledem na to, že si to žena sama vyloženě nepřála (viz porodní přání – potřeba intimity a jedné pečující osoby) si myslíme, že nebyl vhodný velký počet osob, které u porodu paní [redacted] byly přítomné. Podle své výpovědi paní [redacted] měla mít s sebou i tzv. dulu (ženský doprovod k porodu). Ta údajně přijela později, až po porodu.

Zcela obecně – ženy, které mají snahu se na porod dobře připravit a projevují tím svůj aktivní přístup a tím i převzetí odpovědnosti vůči procesu porodu i dítěti. Obvykle přicházejí se sepsaným porodním přáním, kde vyjadřují své priority, věnují se přípravě, příp. si s sebou k porodu zaplatí vybranou komunitní porodní asistentku nebo tzv. dulu, tj. ženu, která je

speciálně vyškolenou profesionální podporou během porodu pro rodící ženu, a je připravena se postarat zejména o její duševní zdraví. Může ženu podpořit v jejím sebevědomí, její autonomii a posílit její integritu. Tím je možné pozitivně ovlivnit porodní proces (jeho průběh) i na fyziologické rovině. Pokud žena s sebou nikoho takového nemá, jeví se přirozeným, že jistou část této role rodička (v tomto případě paní [REDAKCE]) očekávala od personálu v porodnici, který by měl být schopen ženu podpořit. Tato očekávání se dle výpovědi paní [REDAKCE] a jejího partnera (otec dítěte) nenaplnila. Samozřejmě by měly být pravdivé informace podávané rodičce a partnerovi v průběhu porodu a po něm, a vždy včas před jakýmkoliv zákrokem a vyčkání na souhlas ženy, než proběhne (např. i před vaginálním vyšetřením musí být žena informována o tom, že proběhne a proč, a zda s ním souhlasí). Podle výpovědi žalobkyně realita byla jiná, a její důvěra v odbornou péči tak byla narušena.

7. Jaká zdravotní rizika, pokud nějaká, by znamenalo umožnění žalobkyni ponechat si svoji placentu a odvézt si ji domů? Jsou nějaká zdravotní rizika spojena s tzv. lotosovým porodem, resp. odložením přestřížení púpeční šňůry u dítěte?

Ve stanovisku Ministerstva zdravotnictví (MZ) k právu na vydání placenty je řečeno: Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách v § 81, 82 a 91 předpokládá, jakým způsobem bude zlikvidována placenta, nevyužije-li se způsobem předpokládaným tímto zákonem (pro výrobu léčiv, vědecké, výzkumné či výukové účely apod.) nebo naopak, bude-li placenta tímto způsobem využita. Zákon však neupravuje, a tedy nevylučuje použití placenty jiným způsobem. Zde je proto na místě vycházet z obecných předpisů a předpisů vyšší právní síly. Pokud příslušné zdravotnické zákony nezakazují nakládání s placentou ve smyslu jejího vydání matce, má právní odbor MZ za to, že vydání placenty nelze ženě za běžných okolností odepřít. Nelze ani vyloučit, že by nevydání placenty mohlo být považováno za zásah do rodinného a soukromého života (např. zásahu do rodinou plánovaného „rituálu“ či jiné zvyklosti související s porodem). Pro upřesnění je dobré uvést, že si lze představit i situaci, když vydání požadované placenty není, s ohledem na ochranu veřejného zdraví, možné (§ 15 zákona č. 258/2000 Sb., O ochraně veřejného zdraví), např. je-li matka nakažena infekční chorobou, avšak k takovému nevydání by mělo docházet pouze v krajních a odůvodněných případech.

Toto stanovisko vydalo MZ dne 20. dubna 2015. Zákony, ze kterých stanovisko vychází a jsou v něm citovány byly nicméně v únoru r. 2012 platné (Stanovisko Ministerstva zdravotnictví k právu na vydání placenty - https://www.davidzahumenskv.cz/wp-content/uploads/2016/10/Ministerstvo_zdravotnictvi_placenta.pdf)

8. Jak vypovídají o kvalitě péče a odbornosti v nemocnici v Neratovicích, pokud ze statistik publikovaných na webu Aperiio za rok 2012 byla zjištěna, tato data: 41,1 % nástřihů hráze ze všech vaginálních porodů a 40,3 % císařských řezů ze všech porodů?

Míra provádění epiziotomií i císařských řezů je v ČR obecně vysoká (jsou značné rozdíly mezi jednotlivými srovnatelnými pracovišti). Jak bylo řečeno výše, nástřih hráze je ve většině případů preventivním výkonem, a i jeho indikace jako preventivního zákroku je často sporná. Ve srovnání se zeměmi, které mají podobné výsledky porodní péče jako ČR, je míra užití epiziotomií v ČR, a tedy i v této konkrétní porodnici, několikanásobně vyšší. Přitom existují

jiné, pro matku méně stresující a méně invazivní metody, jak předcházet např. akutní hypoxii plodu během porodu. Dle doporučení WHO je jím zejména vhodné polohování rodičky v průběhu porodu (včetně II. doby porodní), eliminace polohy vleže na zádech. Rutinní užití polohy vleže na zádech a epiziotomie je metodou zastaralou, nerespektující nejnovějších EBM. Porodnice Neratovice dle těchto zmíněných statistik patří mezi porodnice s vyšším výskytem poranění žen při vaginálním porodu. V roce 2012 mělo po vaginálním porodu poranění 87 % žen, což je extrémně vysoké procento. Ve srovnání z celkově 95 porodnicemi v ČR se Neratovice řadí k horšímu průměru. Co se týče císařského řezu – porodnice Neratovice patřila v letech 2009 – 2013 k porodnicím s nejvyšším podílem císařských řezů. Podle statistiky bylo v roce 2011 v porodnici Neratovice přes 41 % (v roce 2012 pak 40 %) porodů císařským řezem, přičemž pro srovnání, specializovaná pražská perinatologická centra jako Ústav pro péči o matku a dítě v Podolí nebo VFN Praha – Apolinář měla v tomto roce okolo 36 % porodů císařským řezem, FN Motol zhruba 23 %, perinatologické centrum v Brně se pohybuje kolem 20 % dlouhodobě (databáze Národního referenčního centra, Analýza dat o rodičkách z registru Národního referenčního centra 2009 – 2013, Mgr. Markéta Pavlíková, MSc. – <http://www.biostatisticka.cz/wp-content/prilohy/Analýza-dat-o-rodičkách-z-registru-NRC.pdf>).

Závěr: Nabízí se otázka, proč regionální porodnice se zhruba 800 porody ročně vykazovala větší míru císařských řezů než zmíněná perinatologická centra. Můžeme spekulovat o tom, že v této porodnici mohou být některé medicínské intervence prováděny nadměrně či rutinně.

9. Zhodnot'te prosím vedení zdravotnické dokumentace.

Ve zdravotnické dokumentaci z porodu nejsou popisy nálezů vaginálních vyšetření úplné, zcela chybí poloha a postavení plodu, informace o rotaci hlavičky, chybí popisy CTG záznamů a indikace pro jejich opakování, tj. popis stavu, který by vyžadoval a opravňoval v rozporu s přáním ženy - monitorování dítěte omezit na nezbytně nutnou dobu (porodní přání) oproti doporučením pro porod s nízkým rizikem - tak často, chybí indikace pro podání antibiotik. Záznam o indikaci a ordinaci k podání oxytocinu se jeví jako dodatečně doplněný. Bez udání důvodu a zjevné snahy o nápravu chybí u všech záznamů CTG kromě prvního (09:16 – 09:35) zcela záznam děložních kontrakcí (stahů dělohy), přičemž ale pak CTG záznam není možné věrohodně zhodnotit.

Přestože se mělo jednat o hypoxii plodu, není tato skutečnost v dokumentaci zaznamenána – v průběhu porodu, v porodopisu, informace nejsou obsaženy ani v propouštěcí zprávě a ve zdravotnické dokumentaci o novorozenci.. V příjmové ošetrovatelské dokumentaci je uvedeno, že rodička spolupracuje, přesto v hodnocení je uvedeno: „obtížná spolupráce s rodičkou a doprovodem“, aniž by kdykoli před tím byl zdokumentován jakýkoliv problém a konkrétní důvod.

K problému tzv. nespolupráce je třeba podotknout, že ve většině případů klinické praxe je „nespolupráce“ rodičky projevem stresu rodičky v důsledku frustrace z neuspokojené potřeby bezpečí a jistoty (např. zkreslené anebo nedostatečné informace, nepodání informací přímo např. o dilataci děložního hrdla a fázi /postupu/ porodu, případně pokud tato komunikace probíhá /pouze/ mezi zdravotníky a o rodičce se hovoří ve třetí osobě v její přítomnosti - poměrně časté a zdravotníky neuvědomělé jednání) a tím nepřímou i nezvládnutého přístupu (včetně nevhodně zvoleného komunikačního stylu) zdravotnického profesionála. V tomto případě šlo však přímo o porušení přání ženy v jednání personálu o rozhodování o jejím těle

i jejich a jejího partnera při péči o dítě, druhou ze žalobkyň. Je v rozporu s dobrými mravy si „spolupráci“ vynutit, ta pak není projevem svobodné vůle.

Autorky Takács, L., Sobotková, D., Šulová, L. a kol. výše zmíněný problém v publikaci „Psychologie v perinatální péči. Praktické otázky a náročné situace.“, Grada, 2015, na str. 202 shrnují takto: „Se současným pojetím medicínského práva přichází také nová generace pacientů, kteří jsou si vědomi svého práva autonomně o sobě rozhodovat, mají přístup k odborným informacím a je pro ně důležitý i respekt zdravotníků vůči jejich integritě, empatický přístup a pochopení pro individualitu pacienta, potřeby soukromí ad. V tak eskalované situaci, jakou porod může být, samozřejmě nikdy nelze vyloučit, že se přes veškerou snahu a řádně poskytovanou péči průběh zkomplikuje. Stejně tak nelze ani vyloučit, že rodička nebude spokojena s přístupem zdravotníků vůči své osobě, ačkoliv tito udělali maximum toho, co po nich bylo možné spravedlivě požadovat. Velkému množství konfliktů a nedorozumění však je možné předejít komunikací a upřímnou snahou zdravotníků o korektní jednání i vůči těm pacientům, kteří z pohledu zdravotníků hůře spolupracují či mají méně obvyklá přání a preference.“

10. Jaký druh péče měl být rodičce nabízen tak, aby porod proběhl co nejbezpečněji z hlediska zachování fyzické i psychické integrity a zdraví žalobkyně a) i nezletilé žalobkyně b)?

V případě paní [REDAKCE] šlo o normálně a poměrně rychle probíhající porod. Obzvláště s ohledem na to, že šlo o prvorodičku. Svědčí o tom v dokumentaci uvedené vaginální nálezy (9:30 hod. branka (dilatována) 5 cm a v 11:36 hod. – tj. cca za 2 hodiny, branka již zcela otevřená, tzn. cca 10 cm. Jde tedy o rychlý porod, kdy 5 cm otevření proběhlo během přibližně dvou hodin, přičemž průměrná rychlost (norma) dilatace děložního hrdla je 1 cm za 1 hodinu), a fyziologické hodnoty ozev plodu (OP).

Je zcela normální s ohledem na fyziologii porodního procesu, že kontrakce mohou před samým závěrem vypuzovací fáze přechodně zeslábnout. Pokud nejsou přítomna žádná další rizika, měl by být zvolen klidný vyčkávací přístup bez zbytečných intervencí a rušení rodičky, naopak s maximální podporou rodičky - zde pro volbu a změny polohy.

Zcela zásadní vliv na průběh porodu má již zmíněná **komunikace s rodičkou** (zvolený komunikační styl). V tomto si dovolíme opět odkázat se nejenom na svou vlastní klinickou zkušenost, ale ještě jednou na publikaci, která se touto problematikou zabývá: „Psychologie v perinatální péči. Praktické otázky a náročné situace.“, autorky Takács, L., Sobotková, D., Šulová, L., Grada, 2015, strana 17 – 33, kde autorky uvádějí, že: „Dobrá komunikace s rodičkou je klíčovým momentem pro navázání vztahu důvěry a další bezproblémovou spolupráci. Vhodnou komunikací lze u rodičky a nedělky snížit úzkost a stres a přispět k pozitivnějšímu prožívání porodu a poporodního období a k větší patientské spokojenosti“.

Dále publikace uvádí, že postavení rodičky se v systému porodnické péče sice pozvolna posiluje, asymetrie ve vztahu rodička – zdravotník však stále přetrvává, protože rodička se vstupem do porodnice ocitá ve vztahu závislosti co do uspokojování většiny svých potřeb (pocit odkázanosti až bezmoci, úzkosti a strachu). Hormonální změny v organismu navíc zvyšují její senzitivitu vůči prostředí, zejména pak k naladění, postojům a komunikaci zdravotnického personálu - žena se stává zranitelnou; a pociťuje silnou potřebu emoční podpory okolí. Asymetrie vztahu předznamenává často způsob komunikace.

Vytvoření vztahu důvěry naopak předpokládá respekt a úctu zdravotníka k rodící ženě, které by měly být zachovány bez ohledu na to, zda se rodička chová konstruktivně či nikoli; protože rodička se nachází ve výjimečné situaci, a má proto právo na celou škálu projevů (pláč, křik atd.). Zdravotník na rozdíl od rodící ženy si snáze zachovává racionální kontrolu, navíc se předpokládá jeho profesní kompetentnost. Je na něm, aby projevil zájem a vhodně reagoval na aktuální potřeby rodičky a vyšel jí v maximální možné míře vstříc i tehdy, když subjektivně její chování a projevy vnímá jako neadekvátní. Zájem by měl být vyjádřen jak verbálně, tak neverbálně (ve shodě). Projevem zájmu může být i mlčení, naslouchání a schopnost porozumět emočnímu rozpoložení rodící ženy – emoční podpora. Symetrie/asymetrie a emoční vřelost/absence emoční podpory představují dvě základní dimenze, které jsou rozhodující pro celkový styl komunikace s rodičkou. Asymetrii vztahu tedy lze do značné míry kompenzovat respektující komunikací, přičemž kooperativní styl komunikace vyhovuje většině rodiček. V symetrické komunikaci poskytovatel péče formuluje své rady jako návrhy a doporučení, bere ohledy na přání a požadavky rodičky, podá jí dostatečné a srozumitelné informace, vysvětlí jí důvody pro svá rozhodnutí a ponechá jí dostatek prostoru, aby se mohla doptat na případné nejasnosti. Rodička tak může v komunikaci figurovat jako aktivní činitel, a nikoliv pouze jako pasivní příjemce („win-win“ řešení). V asymetrické komunikaci naopak poskytovatel péče vystupuje v roli bezvýhradné autority, určuje průběh rozhovoru, prosazuje své hledisko a nebere v potaz hledisko rodičky, její prožitky a potřeby. Od rodičky očekává, že nebude vstupovat do procesu rozhodování a bude pouze pasivně přijímat (řešení „vítěz a poražený“). Asymetrický postoj je často výrazem – mnohdy dobře míněného – přesvědčení zdravotníka, že on ví, co je pro rodičku nejlepší (Takács, Sobotková, Šulová, 2015, str. 17-33).

Z hlediska zachování fyzického i psychického zdraví matky a dítěte je nezbytná nejenom kooperativní komunikace, ale také **respektující péče** (respektující autonomii, individuální potřeby ženy a její rozhodnutí). Takovou péči celosvětově doporučuje dokument WHO pro intrapartální péči z hlediska dosažení pozitivní porodní zkušenosti ženy a nejenom dobrých perinatálních výsledků v číslech mateřské a novorozenecké morbidity a mortality. Tato péče ve svém důsledku významně a dlouhodobě ovlivní zdraví a život ženy i dítěte ve všech jeho složkách (bio-psycho-socio-spirituální). Tématem nerespektování potřeb a přání rodících žen, včetně porodnického násilí, se WHO zabývá v posledních dvou desetiletích. Na základě vědeckých studií vydala svá doporučení pro všechny státy, včetně těch vyspělých (ke kterým se Česká republika řadí), aby pracovaly na identifikaci a eliminaci všech forem nerespektu, zneužívání a násilí během poskytování antenatální a perinatální péče. (WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018, ISBN 978-92-4-155021-5).

V případě paní [REDAKCE] se jednalo, podle jejího vyjádření, o:

- ztrátu pocitu vlastní autonomie, soukromí, bezpečí a důvěry vůči poskytovateli péče během porodu
- špatně nastavený vztah mezi rodičkou a personálem (nedostatečná komunikace, nepodpora, neuspokojení potřeb, nepodpora emocionální složky porodu, slovní napadání, negativní, odsuzující a obviňující komentáře, komunikace ve třetí osobě)
- nedostatky v poskytování relevantních informací a manipulace při poskytování informovaného souhlasu se zákrokem (podání ATB) nebo nepodání informací pro poskytnutí informovaného souhlasu (vaginální vyšetřování před jeho provedením, odběr krve)
- nerespektování přání monitorování dítěte omezit na nezbytně nutnou dobu, pokud není indikace

- použití síly při udržování rodičky v určité poloze (na zádech, nohy v držácích), nemožnost zvolit si vlastní polohu
- nástřih hráze bez souhlasu (naopak proti slovně vyjádřenému odporu rodičky)
- nerespektování přání neurychlovat porod, přirozený porod placenty (x tahání za pupečník) a její odnos domů (proti předem vyslovenému přání)
- časné přerušení pupeční šňůry ihned po porodu (proti předem vyjádřenému přání)

Jednání zdravotníků, které paní [REDAKCE] popisuje, nelze nazvat respektující péčí a výsledkem takto poskytnuté péče je pak **negativní porodní zkušenost rodičky**. Podle kritérií WHO ji lze v uvedených bodech klasifikovat jako porodnické násilí, které nesmí být – za žádných okolností – součástí profesionálně poskytované péče v kulturních a rozvinutých zemích, za kterou je ČR považována.

Doporučení WHO (2018) pro porodnickou praxi – v kontextu konkrétních – paní [REDAKCE] uvedených – situacích

Poskytovaná péče a komunikace:

- Respektující péče je péče poskytovaná všem ženám způsobem, který udržuje jejich důstojnost, ochranu soukromí, zaručuje bezpečí ženy, prevenci před traumatem a umožňuje informovanou volbu a zajišťuje průběžnou podporu během porodu.
- První dojem z prostředí a personálu je často určující pro pocit bezpečí nebo naopak stresu rodičky, které mohou významně ovlivnit průběh porodu.
- Při neexistenci standardizované definice "efektivní komunikace" vznikla dohoda (WHO), že se jedná o účinnou komunikaci mezi poskytovateli péče a ženami během porodu, zahrnující minimálně následující body: adresná (představení se zdravotníka rodičce), empatická (pocit důvěry zvyšuje haptický kontakt - podání ruky při seznámení se, podpora emocionálních potřeb ženy se soucitem, povzbuzením, chválou a aktivním nasloucháním); profesionální (poskytující přiměřeně sdělené a srozumitelné informace); respektující (reagující na potřeby, preference a otázky ženy s pozitivním přístupem); podporující autonomii ženy (právo na informovaný výběr a podpora její volby, podpora ženy k vyjádření svých potřeb a preferencí); vysvětlující (ženě postupy slovně i písemným informovaným souhlasem s vyšetřením); zajišťující (soukromí ženy a důvěrnosti informací, stejně jako jasného vysvětlení, jak může být podporována během porodu a informací o dostupných mechanismech pro řešení stížností);
- Zdravotnický systém by měl zajistit, aby byli poskytovatelé péče vyškoleni podle vnitrostátních norem pro kompetence v interpersonální komunikaci a poradenství. (WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018, ISBN 978-92-4-155021-5).

Konkrétně v klinické situaci:

- Žena (případně i její partner či jiný doprovod) je dostatečně informována o dalším zamýšleném návrhu postupu, zorientována v prostředí, včetně osob podílejících se na péči, se kterými by rodička měla mít možnost vyjádřit souhlas či nesouhlas;
- Pokud je to možné, informace týkající se chodu porodnice a praktikovaných postupů by žena měla dostat ještě před porodem a nikoli až v jeho průběhu; to se týká i administrativních úkonů, jako je vyplňování formulářů apod;

- Rodička má možnost vyjádřit (slovně či písemně) preference a přání pro vedení porodu, personál na ně bere zřetel (při změně situace kdykoliv v průběhu porodu a návrhu dříve nedohodnutých intervencí je s nimi rodička seznámena s odůvodněním jejich potřeby, včetně rizik, která s sebou nesou a je žádán její souhlas, v případě nesouhlasu rodičky - nejedná-li se o život ohrožující stav - je její nesouhlas s navrhovanou intervencí respektován a zaznamenán do zdravotnické dokumentace;
- Během porodu je žena vhodně průběžně informována o aktuální situaci porodu tak, aby nebyla vyrušována ze soustředění se na porodní proces (je-li zbytečně rušena, mohou tím vznikat poruchy do té doby fyziologického průběhu porodu);
- Pokud musí indikovaně podstoupit během porodu jakákoliv vyšetření, měla by být informována o jejích výsledcích a na jejich základě navrženém dalším postupu;
- Vyskytnou-li se během porodu vážné komplikace, je třeba rodičce vysvětlit co možná nejdříve citlivou formou povahu těchto komplikací a jejich plánované řešení;
- Zdravotníci by měli být ženě při porodu oporou - povzbuzovat a chválit ji, zásadně by se měli vyhnout kritice, subjektivním hodnotícím komentářům a dehonestaci rodičky (např. označováním za „nespolupracující“).
- Podpora rodičce by měla být vyjadřována jak verbálně, tak neverbálně. Profesionálním přístupem je respektuplné provedení rodičky porodem, včetně nabídnutí primárně nefarmakologické pomoci při řešení situací – např. porodní bolesti; (nevhodné a neprofesionální je zlehčování sděleného subjektivního vnímání bolesti rodící ženou či vedení dialogů s kolegy v přítomnosti rodičky – nerespekt vůči rodící ženě).

Respekt volby polohy a potřeb ženy v průběhu porodu:

- Během nízkorizikového porodu má rodička možnost se volně pohybovat a volit si polohu jak pro první, tak druhou dobu porodní (v aktivní fázi porodu jsou vhodné zejména vertikalizované polohy, které optimálně respektují anatomii porodních cest a fyziologický mechanismus porodu; nejméně vhodnou polohou v průběhu aktivní fáze porodu (jak v první, tak v druhé době porodní) je poloha vleže na zádech, která neodpovídá výše uvedenému a navíc zvyšuje riziko vzniku syndromu dolní duté žíly, jehož zevním měřitelným projevem je bradykardie plodu (která ve svém důsledku pak iniciuje další intervence během porodu);
- V průběhu normálního porodu může žena přijímat vhodné tekutiny a lehké jídlo jako zdroj energie pro svalovou práci (prevence nadměrné únavy ženy a vyčerpání svalů, čímž vzniká nutnost děložní sval stimulovat hormonálně exogenním oxytocinem);
- WHO (2018) ve svém doporučení č. 34 pro druhou dobu porodní uvádí: Ženy bez epidurální analgezie, by měly být povzbuzovány k výběru pro ně individuálně nejlepší porodní pozice. Žena by měla mít možnost výběru polohy, včetně vzpřímených pozic. Důkazy svědčí o tom, že vertikalizované polohy ve druhé době porodní by mohly snížit riziko epiziotomie a instrumentálního vaginálního porodu, ale mohou být spojeny se zvýšeným rizikem poporodní krvácení (PPH) a rupturami perinea druhého stupně. Nejdůležitější ale je, aby žena nebyla do nějaké konkrétní pozice nucena a naopak byla povzbuzována k vlastní volbě pozice, která jí nejvíce vyhovuje. Je-li *nutná* změna polohy ženy k zajištění dostatečného monitorování plodu, důvod by měl být ženě jasně sdělen.
- Doporučení č. 36 se týká tlačení ve druhé době porodní, kde WHO doporučuje na základě zjištěných EBM, že ženy by měly být povzbuzovány a podporovány následovat vlastní nutkání tlačit (neřízené tlačení). Kvalitativní důkazy ukazují, že ženy chtějí mít svůj porod pod vlastní kontrolou, s podporou uklidňujícího personálu, který je citlivý

k jejich potřebám. Poskytovatelé péče by se neměli uchýlovat k ukládání žen v druhé době porodní do horizontální polohy, jelikož neexistují žádné důkazy o tom, že by tato technika byla pro porod přínosem (WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018, ISBN 978-92-4-155021-5).

Nástřih hráze:

- WHO (2018) v doporučení č. 39 nedoporučuje rutinní nebo liberální provádění epiziotomie ženám s postupujícím spontánním vaginálním porodem. Ačkoliv byly přezkoumány důkazy o výsledcích selektivní epiziotomie ve srovnání s rutinní/liberální epiziotomií, pro nedostatek důkazů o účinnosti epiziotomie obecně je třeba ustoupit od nadměrného využívání rutinní epiziotomie u všech žen. Důležité je ale zdůraznit, že rutinní/liberální použití epiziotomie je „nedoporučeno“, spíše než „doporučení“ využití selektivní/restriktivní epiziotomie. Je současně ale obtížné určit „přijatelnou“ míru epiziotomií. Význam indikované epiziotomie zůstává při komplikacích v druhé době porodní, jako je tíseň plodu. (WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018, ISBN 978-92-4-155021-5).
- Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny č. 96/2001 Sb. Mezinárodních smluv, často jen „Úmluva o biomedicině“ říká, že klient rozhoduje o vlastním těle a zdravotník by měl poskytnout dobře tu péči, kterou si klient, na základě zdravotníkem poskytnutých informací, vybere. Konkrétně článek 2 hovoří o tom, že: „*Zájmy a blaho lidské bytosti jsou nadřazeny zájmům společnosti nebo vědy.*“ Soudní znalec v oboru gynekologie a porodnictví, prof. MUDr. Aleš Roztočil, CSc., primář gynekologicko-porodnického oddělení Nemocnice Jihlava, se vyjádřil tak, že zmíněný článek „Úmluvy o biomedicině“ v praxi implikuje, že „*Ne prospěch klientky, ale její přání, je rozkazem pro porodníka.*“ (Sp. zn. S-MHMP 1427626/2017, str. 6/8)

Časné přerušení pupeční šňůry:

- WHO (2018) doporučuje opožděné přerušení pupečníku z důvodu zlepšení mateřských a kojeneckých zdravotních výsledků. EBM prokázané výhody odloženého přerušení pupečníku převažují nad teoretickými a neprokázanými riziky (WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018, ISBN 978-92-4-155021-5).

Vyjádření k ústavnímu znaleckému posudku Všeobecné fakultní nemocnice V Praze

Z prostudování ústavního znaleckého posudku, k případu žaloby na ochranu osobnosti, vedené Okresním soudem v Mělníku pod sp. zn. 6 C 20/2015, který je veden pod číslem 666 znaleckého deníku Všeobecné fakultní nemocnice V Praze, zpracovatelů prof. MUDr. Pavel Calda, CSc. a Mgr. Markéta Školoudová, vyplynulo, že zpracovatelé zřejmě učinili některé nesprávné nebo nepřesné závěry. Zejména jde o:

1) V hodnocení CTG záznamu:

Znalci opomněli popsat a zhodnotit vstupní monitorování kardiokotografem (CTG), tj. záznam pořízený v čase 09:16 – 09:35, který byl ošetřující lékařkou, MUDr. Lucií Jarošovou, hodnocen jako fyziologický (výpověď MUDr. Jarošové ze dne 18. Ledna 2016, kde říká, že „*Porod žalobkyně probíhal přirozeně až do úplného závěru (...)*“, který tedy měl být zhodnocen tak, že další CTG monitoring bude následovat nejdříve

po dvou hodinách od vstupního fyziologického nálezu a personál neodůvodnil, že jednal jinak. Stav rodičky a dítěte měl být hodnocen tak, že nebylo nutné rodičku zatěžovat dalším vyšetřováním kardiokografem, jelikož taková jsou doporučení České gynekologické a porodnické společnosti (ČGPS), a zejména pak s ohledem na respektování přání samotné ženy, kdy rodička si přála monitorování omezit na nezbytně nutnou dobu.

Při zhodnocení záznamů CTG zcela pomíjí zmínit fakt, že kromě vstupního monitoru CTG neprobíhalo snímání děložní kontrakční činnosti, ani na tuto skutečnost neupozorňuje, a tedy ani na to, že záznamy CTG nelze zhodnotit, jelikož výsledkem hodnocení musí vždy být korelace všech měřených veličin – a *pouze takový závěr* může mít vypovídající hodnotu, může být správný/validní.

- 2) Vlastní zjištění – nález, str. 4: Domníváme se, že nepřesně opsal/určil ze spisu vyjádření z výpovědi klinické psycholožky Mgr. Michaely Mrowetz, zaznamenané v protokolaci ze dne 22. února 2016, klinické psycholožky o nereálných očekáváních. Zde z posudku (str. 4) se zdá, že „nereálná očekávání“, která jsou tučně zvýrazněna, mají směřovat na očekávání od porodu jako takového, jeho průběhu. Psycholožka se však vyjádřila v tom smyslu, že nereálná očekávání byla směrem k času, kdy paní [REDAKCE] předpokládala vyřešení svého problému, který s ní přijela jako s klinickou psycholožkou konzultovat. Vyjádřila se takto: „*Šlo o nereálná očekávání od psychoterapeutické péče, což bývá právě v úvodních sezeních velmi pečlivě probíráno, aby klienti měli reálná očekávání od psychoterapeutické péče, kdy právě u pí Fišerové jedním ze zásadních vlivů byla náročnost na dojíždění, finanční zátěž, hlídání dítěte, což jak jsem již uvedla je pro psychoter. proces komplikující, protože zisky z psychoterapie mají převyšovat vstupní investice.*“ (str. 7 protokolu).
- 3) Na str. 9 k odpovědi 7:
Hovoří se zde o tom, že respekt k přáním rodičky jen pokud neohrozí život dítěte. V odpovědi 4 se však píše, že CTG záznam byl „ne zcela fyziologický“. Tedy nebyl patologický. Pouze patologie ohrožuje život. Ne suspekce – tzn. podezření.
- 4) Na str. 10 k odpovědi 7:
„(...) za zdraví a stav ženy a plodu odpovídá v průběhu porodní asistentka a lékař (...)“. To je zavádějící věta. Zdravotníci odpovídají za svou práci, za své doporučené postupy, ale pouze nepřímě za zdraví a stav pacienta. Pokud by tomu tak bylo, směli by pacienta nutit k tomu, co považují za zdravé. Proti vůli pacienta mohou jednat jen v případě ohrožení života a to nebyl tento případ, protože CTG nebylo patologické, ani nebyla přítomna v těle ženy ani dítěte infekce. Nejednalo se tedy o přímé ohrožení života.
- 5) K nepřerušení pupeční šňůry jako autonomnímu přání rodičky (a otce dítěte) po porodu dítěte se znalci nevyjadřují.
- 6) V mnoha ohledech nedostatečné (viz otázka 9. výše) se jeví i vedení zdravotnické dokumentace, a zpracovatelé na nedostatky v záznamech nepoukazují. Myslíme si ale, že taková věc je určující, má zásadní vypovídající hodnotu a měla by být v rámci odpovědi na otázky soudkyně zmíněna.

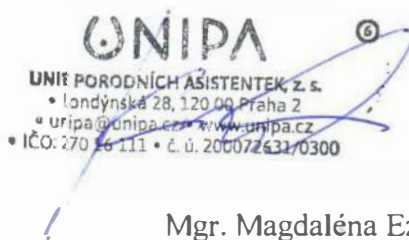
Prohlášení

Prohlašujeme, že nejsme zapsány v evidenci soudních znalců, ovšem v oboru porodní asistence (nelékařský zdravotnický obor zaměřený na zdravotní péči při fyziologickém porodu) není zapsán žádný znalec. Prohlašujeme, že toto odborné vyjádření jsme zpracovaly na základě své odbornosti v uvedeném oboru a při použití spolehlivých publikovaných závěrů a doporučení k péči z hlediska medicíny založené na důkazech. Prohlašujeme, že jsme si vědomy následků vědomě nepravdivého znaleckého posudku, odborného vyjádření nebo svědecké výpovědi, zejména skutkové podstaty trestného činu křivé výpovědi a nepravdivého znaleckého posudku dle § 346 trestního zákoníku.

V Brně, dne 18. června 2018

PhDr. Radka Wilhelmová, Ph.D.

členka Unie porodních asistentek



Mgr. Magdaléna Ezrová

viceprezidentka Unie porodních asistentek

a koordinátorka odborné sekce