

Súd: Okresný súd Trenčín
Spisová značka: 23C/48/2016
Identifikačné číslo súdneho spisu: 3116201898
Dátum vydania rozhodnutia: 10. 06. 2021
Meno a priezvisko sudcu, VSÚ: JUDr. Mária Ďuricová
ECLI: ECLI:SK:OSTN:2021:3116201898.19

ROZSUDOK V MENE SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Okresný súd Trenčín sudkyňou JUDr. Máriou Ďuricovou v spore žalobcov 1/ A. B., nar. XX.XX.XXXX a 2/ C. B., nar. XX.XX.XXXX, obaja bytom C. XXX/XX, C. D. E. – F., v konaní zastúpení JUDr. Soňa Tóthová, advokátka so sídlom Šafárikovo nám. č. 2, Bratislava proti žalovanej Fakultná nemocnica Trenčín, so sídlom Legionárska 28, Trenčín, IČO: 00 610 470, v konaní zastúpená Mgr. Dr. Anton Kušnir, advokát so sídlom Jána Reka 13, Žilina, o ochranu osobnosti a náhradu nemajetkovej ujmy, takto

rozhodol:

I. Žalovaná je povinná zaslať žalobcovi 1/ a žalobkyni 2/, každému z nich samostatne, formou doporučenej listovej zásielky adresovanej na adresu trvalého pobytu žalobcu 1/ a žalobkyne 2/ písomné ospravedlnenie, podpísané štatutárnym orgánom žalovanej, font písma: Times New Roman, veľkosť písma: 12 v znení: „Ako pozostalému a blízkeму rodinnému príbuznému alebohej D. B., nar. dňa XX.XX.XXXX, naposledy bytom: C. XXX/XX, XXX XX C. D. E. – F., zomr. dňa XX.XX.XXXX sa Vám touto formou hlboko ospravedľujeme, že v dôsledku nášho konania a konania našich zamestnancov spôsobom non lege artis a v priamej príčinnej súvislosti s týmto konaním došlo k úmrtiu Vašej dcéry, alebohej D. B., dňa XX.XX.XXXX, čím zároveň došlo aj k zásahu do Vašich osobnostných práv. Je nám veľmi ľúto, že sme sa dopustili takéhoto zásahu do Vašich práv a akceptujeme, že ani forma takéhoto písomného ospravedlnenia nie je a nikdy nebude postačujúca pre nápravu následkov tohto nezákonného zásahu, a preto prosím prijmite naše hlboké ospravedlnenie“, a to do troch dní odo dňa právoplatnosti tohto rozhodnutia.

II. Žalovaná je povinná zaplatiť žalobcovi 1/ sumu 30 000 Eur a to do troch dní odo dňa právoplatnosti tohto rozhodnutia.

III. Žalovaná je povinná zaplatiť žalobkyni 2/ sumu 30 000 Eur a to do troch dní odo dňa právoplatnosti tohto rozhodnutia.

IV. Súd žalobu vo zvyšku zamieťa.

V. Žalobca 1/ a žalobkyňa 2/ majú spoločne a nerozdielne nárok na náhradu trov konania voči žalovanej v rozsahu 100 % trov konania.

VI. Znalecká organizácia forensic.sk Inštitút forenzných medicínskych expertíz s.r.o., s miestom výkonu činnosti Boženy Němcovej 8, Bratislava, IČO: 44 017 391, zapísaná v zozname znalcov Ministerstva spravodlivosti SR pod č. 900232 má nárok na znalečné za vyhotovenie znaleckého posudku č. XXX/XXXX, za znalecký úkon pod číslom XX/XXXX (účasť znalcov na pojednávaní dňa 7.2.2018) a za znalecký úkon pod číslom XXX/XXXX (účasť znalcov na pojednávaní dňa 16.7.2020) v rozsahu 100 %, a to proti žalovanej.

o d ô v o d n e n i e :

1. Žalobcovia sa žalobou doručenu súdu dňa 5.2.2016 domáhali výrokov, ktorými by súd uložil žalovanej povinnosť zaplatiť každému zo žalobcov sumu vo výške 30 000 Eur titulom náhrady nemajetkovej ujmy ako aj povinnosť ospravedlniť sa žalobcom za protiprávne zásahy do ich osobnostných práv a do osobnostných práv ich dcéry D. B.. Žalobu skutkovo odôvodnili tým, že dňa XX.XX.XXXX dostala dcéra žalobcov D. B., nar. XX.XX.XXXX (ďalej len „dcéra“ príp. „maloletá“) horúčky do 40 stupňov. Žalobca 1/ s ňou preto išiel k obvodnému lekárovi, ktorý po vyšetrení povedal, že tam zatiaľ nevidí žiadny zápal. Večer sa však začala dcéra sťažovať na bolesti v bruchu a začala vracať. Teploty sa jej znížili po liekoch a zábaloch len minimálne, tak s ňou žalobcovia išli po 23.00 hod do žalovanej nemocnice. Tam vysvetlili lekárovi o čo ide, aj to aké operácie dcéra prekonala a že je potrebná infúzna liečba a to po dobu minimálne 48 hodín, tak ako to odporúčali bratislavskí lekári. Lekári žalovanej nemocnice však takto nepostupovali a vždy dali len dve infúzie a vzápätí sa zdravotné problémy dcéry zhoršovali. Po dvoch infúziách v noci potom ráno nastúpila do služby doktorka G.. Tá prišla ráno skontrolovať dcéru, tá už nevracala ale stále mala vysoké teploty a začala jej hnačka. Doktorka jej dala nurofen, napriek tomu, že žalobkyňa 2/ doktorku upozorňovala že tento liek dcére od malička nezaberá. Okrem nurofenu jej doktorka nedala nič, robila dcére sonografické vyšetrenie brucha, pričom povedala že tam nevidí nič také, že dcéra má zväčšenú pečeň aj slezinu, ale toto dcéra mávala. Doktorka G. chcela urobiť rozbor stolice ale toto nebolo možné. Doktorka G. slúžila asi do druhej hodiny. Po obede dcére dali jednu infúziu, ale táto riadne nestiekla, asi to bolo upchaté, sestrička infúziu niekoľkokrát skontrolovala, ale nechcelo jej to riadne tiecť, tak povedala že to nemá význam, infúziu jej vybrala a odniesla preč, pričom infúziu nemala stečenú ani do polovice. Dcére sa k večeru zvýšili bolesti brucha, začala mať kŕče a stále mala hnačku. Žalobkyňa 2/ doktorke H. povedala, že dcére treba dať infúziu, že ju aj zaplatí, ale dcére stále dávali len nurofen. Po šiestej hodine večer sa dcérin stav začal zhoršovať, okolo jednej v noci už žalobkyňa 2/ plakala, že nech niečo s dcérou robia, nech ju nenechajú v bolestiach a potom okolo jednej jej zobrali krv a okolo druhej dcéru preložili na JIS-ku. Až na JIS-ke jej dali ďalšiu infúziu a táto jej tiekla potom aj v sanitke. Okolo tretej hodiny ráno prišiel doktor I. a poslali ich do Bratislavy sanitkou. Počas cesty sanitkou dcére dotiekla infúzia a dali jej plazmu. Po príchode do Bratislavy dali dcéru rovno na ARO, kde sa jej ujali lekári, dcéra bola napojená na prístroje, púšťali jej kyslík, mala veľmi dopraskané pery, na jazyku mala veľkú chrastu, bola úplne zoslabnutá. Asi o pol tretej poobede žalobkyňa 2/ povedali že dcéru museli uviesť do umelého spánku, nakoľko je odchádzali už aj pľúca. Doktori vtedy žalobkyňa 2/ povedali že je s ňou veľmi zle, že dcéra má silnú sepsu a že nevedia, či to zvládne. Pani doktorka ktorá slúžila na ARE povedala že v Trenčíne jej dali dobré antibiotiká, ale že jej ich dali asi neskoro, povedala, že dcéra je málo zavodená. Dcéra zomrela o pol deviatej večer. V zmysle znaleckého posudku č. XX/XXXX znaleckého ústavu – Inštitút forenzných medicínskych expertíz s.r.o. (ďalej len „Znalecký posudok“) tento zadefinoval hlavné odborné pochybenie v a) nedostatočná rehydratácia (náhrada tekutín) vzhľadom k predpokladaným stratám tekutín u dieťaťa a vzhľadom k jeho klinickému stavu a predchorobiu b) nedostatočné monitorovanie telesných funkcií počas liečby c) oneskorená ordinácia antibiotickej liečby. Ústav taktiež skonštatoval, že počas hospitalizácie dcéry u žalovanej neboli správne vykonané všetky zdravotné výkony na správne určenie ochorenia so zabezpečením včasnej a účinnej liečby. Nešlo o aplikované odborné postupy v súlade s princípmi správnej liečby, a teda v súlade s postupmi lege artis. Vedenie rehydratačnej liečby ako aj monitorovanie dcéry boli nedostatočné a odborne nesprávne, a to takmer počas celej hospitalizácie u žalovanej. Podcenenie zdravotného stavu dieťaťa a nedostatočne intenzívna liečba viedla k prehlbovaniu dehydratácie a zápalu črevného traktu, výsledkom čoho bol vývoj ileózneho stavu a sepsy (otrava krvi) s postupnou progresiou do zápalu podbrušnice, septického stavu až šoku a smrti dieťaťa. Bezpochyby ide o závažnú ujmu, nakoľko okolnosti za ktorých k porušeniu práva došlo, intenzita zásahu a jeho trvanie a dôsledky o jej závažnosti svedčia. Osobnosť, ktorá je chránená prostredníctvom všeobecného osobnostného práva, v prípade, že došlo k zásahu do tohto práva, má možnosť využiť právne prostriedky ochrany osobnosti, ktoré sú exemplifikatívne uvedené v ustanovení § 13 Občianskeho zákonníka. Prichádzajú do úvahy, pokiaľ hrozí alebo je spôsobená ujma v osobnostnej nemajetkovej sfére a majú rôznu povahu. Ktoré z týchto právnych prostriedkov príslušná fyzická osoba na ochranu svojej osobnosti uplatní, bude závislé v prvom rade na jej vôli ovplyvnenej predovšetkým intenzitou a povahou protiprávneho zásahu. Zásah do emocionálnej sféry fyzickej osoby, spôsobený protiprávnym konaním tretej osoby, následkom ktorého je úmrtie blízkej osoby, zakladá právo domáhať sa ochrany osobnosti podľa ustanovení Občianskeho zákonníka o ochrane osobnosti. Jednotlivé prostriedky na ochranu osobnosti sú relatívne samostatné. Je

možné ich použiť jednotlivo alebo kumulovane, taktiež v závislosti od intenzity protiprávneho zásahu do osobnostnej sféry fyzickej osoby. Čo sa týka výšky náhrady nemajetkovej ujmy, pri jej určení vychádzame zo závažnosti zásahu do práv žalobcov a teda zo závažnosti nemajetkovej ujmy, ktorá žalobcovi vznikla, pričom táto ujma je najvyššia možná – strata života milovanej osoby. Je veľmi ťažko opísať, akou veľkou intenzitou bolo zasiahnuté do osobnostných práv samotných žalobcov smrťou ich dieťaťa. Ide o zásah s najvyššou intenzitou, nakoľko smrť vlastného dieťaťa je bolesťou najvyššou. Žalobcovia sa len veľmi ťažko vyrovnávali a vyrovnávajú s touto skutočnosťou, po smrti ich dcéry sa im zásadne zmenil život, súkromnie, zdravie. Vzhľadom na výkon povolania žalobcu 1/ nebolo možné pristúpiť k antibiotickej liečbe. Stratou milovanej dcéry veľmi trpia, žalobkyňa 2/ musela vyhľadať lekársku pomoc a užíva lieky citalec (antidepressívum), staršia dcéra sa v noci strháva, žalobca 1/ nemohol dlhší čas vykonávať nočné smeny.

2. Vo vzťahu k znaleckému posudku č. XXX/XXXX žalobca 1/ vo vyjadrení doručenom súdu dňa 18.9.2017 uviedol, že z neho vyplýva že v prípade včasného diagnostikovania septického stavu a včasnej liečby je 79,90 % miera prežitia. Z dostupnej dokumentácie je zrejmé, že žalovaná zle diagnostikovala dcérin zdravotný stav nakoľko v prepúšťacej správe nie je žiadna zmienka o sepe, septickom šoku a už vôbec nie o dehydratácii. Naopak v lekárskej správe Detskej kliniky anesteziológie a intenzívnej medicíny DFNSP Bratislava pri prijatí je uvedené SDA nedostatočná, sliznice výrazne suché, vyžaduje rozptyl kyslíka 5-9l/min., hydratácia nedostatočná, sliznice výrazne suché, pery a sliznice slabo hydratované, pery výrazne popraskané a vysušené, Tonzily, orofarynx s masívnym žltým povlakom. Rozdiel medzi týmito lekárskymi správami sú štyri hodiny, z daných skutočností je zrejmé, že k takému stavu nemohlo dôjsť počas prevozu, ale skôr, že žalovaná zle stanovila diagnózu čo viedlo k fatálnym následkom pre dcéru, alebo chcela žalovaná danú skutočnosť zamlčať a prenechať zodpovednosť na DFNSP Bratislava, čo sa jej však nepodarilo.

3. Žalobcovia prostredníctvom právnej zástupkyne vo svojich písomných podaniach ako aj ústnych prednesoch ďalej uviedli, že zo strany žalovaného došlo nie len k nejakým pochybeniam, ale k fatálnym, hrubým a neospravedliteľným chybám zdravotníckeho personálu žalovanej pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti dcérke žalobcov, v dôsledku ktorých došlo k otrave krvi - sepe, septickému šoku dieťaťa, v príčinnej súvislosti ktorej dieťa zomrelo. Tieto skutočnosti boli preukázané ZP vypracovaným znaleckou organizáciou forenzic.sk, a to znaleckým posudkom č. XX/XXXX, doplnkom ku ZP č. XX/XXXX vypracovaným pre účely trestného konania, ako aj ZP č. XXX/XXXX vypracovaným pre účely tohto civilného konania. Podcenenie zdravotného stavu dieťaťa a nedostatočne intenzívna a nie včasná liečba viedla k prehlbovaniu dehydratácie, zápalu črevného traktu a následnému prestupu baktérii do krvného obehu. Výsledkom tohto procesu bol vývoj sepsy s postupnou progresiou zápalu do septického stavu až šoku a smrti dieťaťa. V ostatnom poukazujeme na celé obsahy ZP, ktoré sa podrobne zaoberajú celým obdobím hospitalizácie a priebehu zdravotnej starostlivosti. Kľúčové je to, že znalci vo svojich ZP ako aj v rámci svojich výpovedí v tomto konaní potvrdili, že na strane žalovaného bolo možné zabezpečiť včasnú a účinnú liečbu a zlepšiť tak zdravotný stav dieťaťa, a teda predísť fatálnym následkom na jeho zdravotnom stave, a tak isto potvrdili, že postupom non lege artis žalovaného sa výrazne znížili šance na záchranu života D. B.. Znalecká organizácia sa obsiahlo vyjadрила aj k tomu aký význam a aké dôsledky pre zdravotný stav dieťaťa má oneskorené podanie antibiotickej liečby a to v tom smere, že podstatne zvyšuje mortalitu u dieťaťa, aký význam a následok nedostatočná rehydratácia dieťaťa a nesprávne a nedostatočné monitorovanie telesných funkcií. Z vykonaného dokazovania vyplynulo, že v danom prípade došlo ku kombinácii fatálnych chýb jednotlivcov, teda zdravotníckych pracovníkov žalovanej a systémových chýb spočívajúcich v nesprávnej organizácii práce, nepreberania si pacientky medzi lekármi, nevedomosti služby konajúcej lekárky o tom, že takúto pacientku má umiestnenú na oddelení, zavŕšenú ignorantským prístupom celého vedenia kliniky pediatrie a neonatológie. V neposlednom rade, je to až iracionálne odmietanie a ignorovanie individuálnych potrieb dieťaťa, vyplývajúcich z jeho predchorobia, spočívajúcich v tom, že v prípade akéhokoľvek problému so zažívaním alebo s tráviacim traktom, je potrebná intenzívna 48 hodinová infúzna liečba, na ktorú skutočnosť žalovaná nereflektovala a nevzala do úvahy. Čo sa týka ďalších dôkazov preukazujúcich pochybenie na strane žalovanej poukazujeme na samotnú zdravotnú dokumentáciu dcéry žalobcov, na výpovede znalcov, ale aj na výpovede odborných konzultantiek UDZS, ktoré samé v rámci svojich výpovedí potvrdili, že dcére žalobcom mala byť podaná skôr antibioticná liečba, a to už na obed dňa XX.XX.XXXX. Odborné konzultantky potvrdili vo svojich výpovediach, že protokoly UDZS sú vo viacerých ich stanoviskách nesprávne ako je tvrdenie, že po prijatí do nemocnice došlo k poklesu zápalových parametrov, že došlo k podaniu dostatočného množstva tekutín, že v

čase príjmu na hospitalizáciu nemala pacientka straty tekutín pacientka a že jej zdravotný stav sa začal zhoršovať do výrazu sepsy až po prevoze do Detskej fakultnej nemocnice v BA. Tieto absurdné a so zdravotnou dokumentáciou rozporné tvrdenia UDZS v protokoloch neboli žiadnym relevantným spôsobom vysvetlené a odôvodnené. Konzultantky nedokázali vysvetliť ako dospeli k takýmto záverom a nakoniec priznali, že tieto závery sú nesprávne. Všetky tieto nedostatky protokolov Úradu pre dohľad jasne signalizujú, že závery dohľadu vychádzajú z nedostatočne zisteného skutkového stavu a z nesprávne interpretovaných údajov zdr. dokumentácie. Sú nezákonným, nedôveryhodným, zmätočným dôkazom, bez akejkoľvek výpovednej hodnoty. Všetky závery Úradu pre dohľad boli vyvrátené ZP a výpoveďami znalcov. V neposlednom rade pochybenie žalovaného je preukázané aj pripojeným vyšetrovacím spisom, z ktorého vyplýva pri skúmaní jednotlivých výpovedí svedkov, že títo sú si vedomí toho, že počas hospitalizácie dcéry žalobcov došlo k hrubému zanedbaniu zdr. starostlivosti, ktorí však doslova hádzu špinu na niekoho iného a je zrejmé, že v tomto prípade došlo k celkovému systémovému zlyhaniu a zlému manažmentu lekárov, ktoré malo fatálny dôsledok na živote jedného dieťaťa. V neposlednom rade poukazujeme na výpovede žalobcov, rodičov D. B., ktorý pravdivo, podrobne a správne opísali to, čo v dôsledku hospitalizácie dcéry prežívali v nemocnici, akým spôsobom sa pristupovalo k ich dcére, k prosbám matky, aby jej dcére podali viac infúzií, lebo ich potrebuje a že si ich aj zaplatí a akým spôsobom sa pristupovalo k rodičom dcéry žalobcov aj po smrti dcéry. Všetky tvrdenia žalobcov boli preukázané, nie nejakými subjektívnymi názormi, ale objektívnymi, odbornými a vedeckými dôkazmi. Preto niet žiadnych pochybností, že žalobcovia uniesli dôkazné bremeno, vo veci nároku. Na rozdiel od žalovaného, ktorý v celom spore opieral svoju obranu o protokoly UDZS, ktoré ako už bolo vyššie uvedené nemajú žiadnu výpovednú a relevantnú hodnotu a v celom rozsahu, čo sa týka ich odborných záverov, boli vyvrátené. Preto máme jednoznačne za to, že žalovaný v tomto konaní neunesol dôkazné bremeno v rozsahu jeho tvrdení o tom, že dcére žalobcov bola poskytnutá správna zdravotná starostlivosť. Žalovaný na preukázanie tohto tvrdenia neprodukoval jediný dôkaz, ktorý by sa čo i len priblížil k pravdivosti tohto tvrdenia. Preto je nepochybne dané, že v tomto konaní bol preukázaný prvý predpoklad zodpovednosti za nemajetkovú ujmu na strane žalobcov ako protiprávne konanie na strane žalovanej. Čo sa týka druhého predpokladu tejto zodpovednosti, spočívajúceho v existencii ujmy na strane žalobcov, je nutné sa zamyslieť a uviesť aká hlboká strata predstavuje u každého rodiča strata vlastného dieťaťa, navyše za okolností a v priestore, kam chodí človek, aby sa mu polepšilo, aby o neho bolo postarané a aká neskutočná trauma nastala na strane u žalobcov v dôsledku smrti ich mal. dcéry a v dôsledku toho, ako sa museli prizerať a byť v podstate priamymi svedkami toho, ako lekári nejavia o ich dcérku záujem. V zmysle medzinárodných rozhodnutí sa ujma pri takýchto prípadoch zvlášť nepreukazuje, nakoľko je pochopiteľné a jasne daná. Smťou D. B. sa úplne zbytočne citovo rozpadla jedna rodina, ktorá bola plná lásky, očakávaní, radosti a šťastia. Po jednej, hrubo zanedbanej a spackanej hospitalizácii, táto rodina prišla o to najväčšie šťastie. Ostalo im iba strádanie, smútok a myšlienky, spomienky. Násilným spôsobom im bolo znemožnené vzťahy s vlastnou dcérou rozvíjať, budovať, tešiť sa z jej úspechov. Preto ujma na strane žalobcov je extrémna a tak povediac až nereparovateľná. Čo sa týka príčinnej súvislosti poukazujeme na obsahlu judikatúru, ktorú sme uvádzali v priebehu celého procesu, predovšetkým nález ÚS SR sp. zn. II.US 716/2016 a nadväzujúcej judikatúry SR a ČR, ktoré zaujali jednoznačne stanovisko v otázke príčinnej súvislosti v medicínsko-právnych sporoch, a to tak, že túto je nevyhnutné právne posúdiť v zmysle teórie „loss of chance“ - straty šance, straty príležitosti. Preto nie je správne tvrdenie žalovaného, že musí byť v týchto konaniach bezpečne preukázaná 100% príčinná súvislosť. Pretože takéto nároky sú neudržateľné a nedosiahnuteľné, ale vychádza sa z toho, že z dôvodu pochybenia lekárov pacient stráca šancu na vyliečenie, na zlepšenie zdravotnému stavu resp. šancu na záchranu života. V tomto konaní bolo bez pochyb preukázané, že na strane D. B. došlo k výraznej strate týchto šancí, čo konštatovali aj znalci. Zdravotný stav Ninky bol jednoducho hrubo zaťažovaný nesprávne poskytnutou zdravotnou starostlivosťou žalovaného a neeliminované riziko spôsobené zanedbaním zdravotnej starostlivosti a nevykonaním včasných a adekvátnych liečebných procesov sa naplnilo jej úmrtím. Poukazujeme aj na to, že k záveru naplnených všetkých predpokladov zodpovednosti žalovaného za smrť D. B., možno dospieť aj aplikáciou zásady, že pre zásah proti tomuto chránenému záujmu postačuje ohrozenie záujmov a práv chránených § 11 Obč. zákonníka. Najpodstatnejšie je to, že dcéra žalobcov mala zákonný nárok na zabezpečenie riadneho a správneho liečebného procesu, ktorý by zodpovedal požiadavkám „lege artis“. Pokiaľ tento predpoklad splnený nebol a tým bola súčasne znížená šanca na jej prežitie bez ohľadu na percentuálne vyjadrenie tohto zníženia došlo k zásahu do jej osobnostných práv, najmä do jej práva na život a ktorý tak zasiahol do osobnostných práv žalobcov a to tým najdrastickejším a najextrémnejším spôsobom. Zavinenie žalovaného vzhľadom na preukázanie všetkých prvých predpokladov zodpovednosti za škodu sa prezumuje. Vzhľadom na uvedené je nepochybne, že žalobcovia preukázali svoj nárok na náhradu

ujmy a ochranu osobnosti podľa § 11 a 13 obč. zákonníka. Poukazujeme na nespočetnú judikatúru, ktorá sa týka neoprávneného zásahu do osobnostných práv fyzických osôb, práva na súkromie a práva na rozvíjanie vlastnej osobnosti v spoločnosti s inou osobou, ku ktorému porušeniu došlo v dôsledku smrti blízkej osoby. Pre priznanie nemajetkovej ujmy sú rozhodujúce závažnosť vzniknutej ujmy a okolnosti za akých došlo k zásahu do osobnostných práv žalobcu. Z hľadiska závažnosti ako už bolo povedané, došlo k najextrémnejšiemu zásahu do rodinných vzťahov žalobcov a ich mal. dcéry. Intenzívnosť týchto vzťahov je absolútne daná vzťahom rodiča a dieťaťa a tým, že stratou vlastného dieťaťa každý rodič stráda a prežíva takú silnú psychickú bolesť, ktorá je neznesiteľná a ktorá vás ochromuje vo sfére každodenného osobnostného prežívania a ktorá významným spôsobom ovplyvňuje celý život človeka. Strata dieťaťa a akéhokoľvek člena rodiny predstavuje nenávratnú deštrukciu medziľudských väzieb vytvárajúci základ rodinného života. Je nutné si uvedomiť, že žalobcovia budú do konca svojich životov vnímať a pociťovať, že ku smrti ich dcéry došlo v Trenč. nemocnici v dôsledku pochybenia zdravotníckeho personálu, čím je aj pri najvyššej možnej sfére racionality extrémne náročné a nemožné sa vyrovnáť. V neposlednom rade strach a nedôvera spôsobená týmito okolnosťami a touto tragédiou voči zdr. pracovníkom žalovaného ako spádovej nemocnice žalobcov je poznačená a bude poznačená po celý život. Čo sa týka okolnosti, za akých došlo k porušeniu osobnostných práv žalobcov, poukazujeme na tvrdený a preukázaný priebeh hospitalizácie. Poukazujeme na samotného pôvodcu zásahu, ktorým je nemocnica a zdr. personál, od ktorého sa očakáva, že bude pristupovať k pacientovi odborne, profesionálne a kvalifikovane. Paradoxne v tomto prostredí, kde by mala byť Ninka pod drobnohľadom lekárov, ju lekári nevideli na oddelení viac ako 6 hodín, nereferovali si medzi sebou ako pacientku, nemonitorovali jej vitálne funkcie. Bezodôvodne sa spoliehali na to, že je to iba nejaká salmonela a že sa tento stav zvládne iba podaním „Nurofenu“, a preto tieto pochybenia konštatované znalcami skutočne vyznievajú nepochopiteľne až absurdne. Miera zavinenia žalovaného za priebeh tejto hospitalizácie a za následky je 100%. Išlo o fatálne zlyhanie lekárov v priamom rozpore s ich poslaním a s Hippokratovou prísahou. Čo sa týka samotnej pacientky a jej rodičov, títo nemali žiadnu šancu zasiahnuť do tohto procesu a ani prosby matky o podanie viacerých infúzií neboli vyslyšané. F. D. B. je nutné zohľadniť jej vek, vek dieťaťa, absolútnu odkázanosť na zdr. personál a na dospelých. Zdr. personál v tomto smere absolútne zlyhal, pričom však D. musela prekonávať útrapy, bolesť, ktorá jej bola spôsobovaná nedbanlivým prístupom zdr. pracovníkom. Preto priznaná výška nemajetkovej ujmy musí byť primeraná závažnosti vzniknutej ujmy teda jej podstate, intenzite, trvalosti, šírke, oblasti negatívneho dopadu aj možnostiam eliminácie týchto dôsledkov, ku ktorým nedošlo a samozrejme primeraná okolnostiam za akých došlo k zásahu do chránených práv žalobcov. Žiadame, aby pri určovaní výšky majetkovej ujmy súd zohľadnil individuálne okolnosti prípadu, ktoré sme už uviedli a na to, že nešlo len o nejaký jeden exces na strane konkrétneho pracovníka u žalovaného, nešlo o nejaký omyl, nepodstatný, alebo len chybu v zdr. dokumentácii, ale išlo o fatálne neodborné postupy, ktoré mali priami následok to, že D. sa dostala do stavu dehydratácie, zápalu a sepsy, a zároveň išlo o systémové zlyhanie, ktoré sa pretavilo do toho, že zdr. stav D. B. bol ako sa hovorí na konci potravinového reťazca nepodstatný. V tomto smere takisto zdôrazňujeme, že výška nemajetkovej ujmy má plniť funkciu satisfakčnú, tzn. má zmierniť vzniknutú ujmu na strane žalobcov, ale zároveň preventívno-sankčnú, tzn. má odradiť žalovaného od toho, aby takýmto konaniam už nedochádzalo, a preto táto sankcia musí byť dostatočne vysoká, aby túto funkciu mohla plniť, aby už nemohlo dochádzať k hazardovaniu s ľudskými životmi, ku kalkulácii, v tom či podám alebo nepodám nejaký liek alebo nejakú infúziu, resp. či dieťa preveziem na vyššie špecializované pracovisko. Nateraz sa javí, že tento proces ani smrť D. B. u žalovaného nevyvolala žiadnu reakciu, ani v tomto smere. V ďalšom poukazujeme na ostatné (iné) rozhodnutia všeobecných súdov, NSSR a Ústavného súdu SR v obdobných veciach, kde rádovo sa priznáva náhrada nemajetkovej ujmy niekoľko 100.000€. Poukazujeme na nález US ČR I.US 2844/2014, ktorý sa detailne vysporiadal s problematikou nemajetkovej ujmy v prípade smrti pacienta aj porovnaním s priznávanými náhradami pri iných menej závažných zásahoch, či už je to z dôvodu zverejnenia článkov v tlači alebo iných komunikačných prostriedkoch, alebo z dôvodov nezákonného tr. stíhania ale tiež v porovnaní s priznanými náhradami pri preživších pacientoch, kde tá náhrada za bolesť a sťaženie spoločenského uplatnenia býva často krát niekoľkonásobne vyššia ako pri prípade smrti pacienta. Konštatoval, že takýto stav je neprípustný a sám zrušil rozhodnutie, ktorým bola priznaná nemajetková ujma pozostalým vo výške 1,7mil.Kčs a 1mil.Kčs za smrť syna a brata ako neprimeraná.

4. Žalovaná vo vyjadrení zo dňa 13.4.2016 uviedla, že na základe podnetu žalobcu 1/ bol zo strany Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, pobočka Trenčín (ďalej len „ÚDZS“) vykonaný dohľad nad poskytnutou zdravotnou starostlivosťou v dohliadanom období od 16.10.2013 do 17.10.2013 o čom bol vyhotovený Protokol č. XXXX/XXXX o vykonanom dohľade (ďalej len „Protokol“) v ktorom sa uvádza, že „medicínske pochybenie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti dieťaťu zo strany

dohliadaného subjektu v dohliadanom období od 16.10.2015 do 17.10.2015 konštatovať nemožno. Skupina vykonávajúca dohľad nezistila u dohliadaného subjektu v rámci predmetu dohľadu nedostatky.“ V závere Protokolu bolo konštatované „Výkonom dohľadu na mieste neboli pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientke v dohliadanom období zistené nedostatky v zmysle porušenia § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.“ Následne poukázala aj na znenie Znaleckého posudku v ktorom sa uvádza, že „ochorenie charakterizované rozvojom septického stavu až septického šoku má vysokú úmrtnosť aj v prípade správne poskytovanej zdravotnej starostlivosti. V danom prípade teda nie je možné (najmä po prihladnutí k predchorobiu dieťaťa mal. D. B.) jednoznačne konštatovať, že v prípade poskytnutia komplexnej a správnej liečby, by s istotou nedošlo k jej úmrtiu.“ Na základe uvedeného má za to, že nie je možné uzavrieť, že smrť maloletej bola v príčinnej súvislosti s nedostatkami vytykanými znaleckou organizáciou a definovanými pochybeniami obsiahnutými v Znaleckom posudku. Pri posudzovaní je nevyhnutné brať do úvahy nielen poskytovanie zdravotnej starostlivosti ale aj celkový zdravotný stav dieťaťa.

5. Žalovaná vo vyjadrení zo dňa 14.9.2017 vo vzťahu k znaleckému posudku č. XXX/XXXX poukázala na tú časť záverov kde sa uvádza, že nie je možné jednoznačne určiť a už vôbec nie je možné matematicky vyjadriť pravdepodobnosť prežitia maloletej, ak by jej bola zdravotná starostlivosť u žalovanej poskytnutá lege artis.

6. Žalovaná prostredníctvom právneho zástupcu vo svojich písomných podaniach ako aj ústnych prednesoch ďalej uviedla, že pre objektivizáciu známych skutočností maloletá D. nebola štandardným pacientom, ktorá by prišla do zdr. zariadenia žalovaného bez akýchkoľvek komplikácií a problémov, ale naopak sú objektívne známe skutočnosti, že táto pacientka trpela život ohrozujúcimi a nebezpečnými chorobami, ktoré nevznikli v príčinnej súvislosti s konaním resp. opomenutím u žalovaného. Jej objektívny zdr. stav, tak ako bol hodnotený minimálne v dvoch protokoloch Úradu pre dohľad bol tak závažný že kedykoľvek pri akomkoľvek vírusovom ataku sa jej zdr. stav mohol stať fatálnym. Túto skutočnosť potvrdzuje J. K., vo svojej výpovedi zo dňa 18.06.2018, kde v jej závere uvádza, na otázku žalobcu: „K tomu že tvrdíte že vaše dieťaťko nemalo smrteľné ochorenie nie je pravda. Vaše dieťa apriori malo smrteľné ochorenie, malo závažne poškodenú pečeň a bez pečene sa žiť nedá. Bolo to poškodenie, ktoré bolo nezvratiteľné riešením pre ťažko poškodenie pečene.“. Uvedená svedkyňa podľa nášho názoru odpovedala a odvrátila akékoľvek pochybnosti v troch zásadných otázkach, ktoré boli predmetom posúdenia aj ZP znaleckej organizácie Forensic. Prvom zásadnou otázkou je otázka dostatočnej hydratácie pacientky, ku ktorej uviedla, že pacientka dostala dvojakým spôsobom tekutiny, minimálne v rozsahu 3100ml aj keď uvádzame, že tento súčet nebol celkovo správny, čo namietala aj protistrana, ten súčet podľa zistení a z obsahu spisu, je až v rozsahu 3500ml. Na otázku, či by bolo možné teda hydratovať uvedenú pacientku vo väčšom rozsahu na otázku súdu teda odpovedala, že dané ochorenie odôvodňuje opatrný postup pri rehydratácii, nakoľko môže dôjsť k objemovému preťaženiu a celá hospitalizácia trvala 27 hodín a postupné podávanie infúzií, tak ako bolo zistené Úradom, bolo primerané. Na otázku, aký by mohol nastať následok pri objemovom preťažení, svedkyňa uvádza, že môže dôjsť k preťaženiu srdca a následne k jeho zlyhaniu. Z uvedeného je potrebné prijať záver, že požadovaná hydratácia pacientky, tak ako je tvrdené žalobcami by naopak mohla viesť k poškodeniu resp. k zástave srdca. Je potrebné si uvedomiť, že lekári v bežnej praxi nemôžu vyhovieť akýmkoľvek požiadavkám, či už pacientov alebo ich rodinných príslušníkov, pretože sú povinní zvažovať všetky okolnosti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Považujeme za neadekvátne a zveličujúce tvrdenie žalobcov, že ich dcéra nebola dostatočne hydratovaná, čo sa snažili prezentovať aj v médiách, vyvolať tým pohoršenie a očakávali odsúdenie FN v TN, bez zváženia objektívnych skutočností, ktorý každý lekár je povinný brať do úvahy. Obdobne uvedená svedkyňa vyvrátila aj domnienky spoločnosti Forensic, k otázke neskorého poskytnutia antibiotík, kde uvádza, že v danej veci dospeli k záveru, že bolo správne vzhľadom na závažné poškodenie pečene maloletej zvažovať, či poskytnutie antibiotík nemohol zhoršiť funkciu jej pečene, a preto akceptovali záver, že poskytnutie antibiotík o niekoľko hodín neskôr bolo správne. Uvedenej situácii uvádzali, že dieťa bolo prijaté pre gastroenteritídu, ktorá je spôsobovaná vírusom a na vírusy sa antibiotiká nenasadzujú. Rovnako tak svedkyňa považovala za správny postup žalovanej pri monitoringu vitálnych funkcií maloletej pacientky. Je dôvodné uviesť, že jej výpovede sú protipólom s výpoveďou, resp. so závermi ZP spoločnosti forensic. Máme za to, že obaja odborníci sa zhodli na zásadnej skutočnosti, že nie je možné ustáliť otázku, či prípadne poskytnutie alebo neposkytnutie zdr. starostlivosti „lege artis“ bolo v príčinnej súvislosti s úmrtím mal. pacientky. V tejto súvislosti pokiaľ protistrana používa teóriu „loss of chance“, teda strata šance je dôvodne uviesť,

aj keď s poľutovaním, že šance mal. D. na prežitie neboli znížené protiprávnym zásahom konaním alebo nekonaním žalovanej, ale objektívne jej zdr. stavom, ktorý opakujem nezapríčinil žalovaný. Túto šancu mal. mala skutočne nízku a z dokazovania bolo preukázané, že zdr. personál žalovanej, bola úprimná snaha pomôcť mal. pacientke k prežitiu, tak ako tomu bolo niekoľkokrát predtým. Je potrebné zdôrazniť aj skutočnosť, že jej šanca na prežitie bola takýmto atakom vírusov na jej organizmus nižšia a Bohu žiaľ je dôvodné konštatovať, že fatálne následky boli len otázkou času a intenzity vírusového ataku, ktorému sa nedokázala brániť. V kontexte s materiálovými znakmi zákonných ustanovení § 11a a 13 Občianskeho zákona, o ktoré opiera PZ žalobcov žalobu je dôvodné uviesť, že nie je možné konštatovať, prvý predpoklad, a to zásah do práv žalobcov, ktorý by mal byť protiprávnym už len opomenutím konania v súlade so zásadou „lege artis“. Druhým predpokladom je existencia ujmy. V tejto súvislosti je potrebné zvážiť, do akej miery došlo k ujme zo strany nemocnice na zdraví mal. pacientky. Žiaden z lekárov, čo by bol akokoľvek vzdelaný a akokoľvek technicky dobre vybavený, nemôže pri určitých zdr. stavoch zabezpečiť prežitie každého pacienta. Možno toto konštatovanie sa bude žalobcom javiť ako veľmi fádne. Verte mi, že viem čo je strata blízkej osoby, viem ako sa s takou stratou vysporiadávajú a viem, že je to nezvratný stav. Je potrebné si uvedomiť, že život je veľmi relatívny pojem a každý z nás musí každú sekundu oň bojovať. Prichádzajú však situácie kedy každý človek, raz tento boj musí vzdať, resp. ho prehrá a Bohu žiaľ k tomu došlo aj u mal. D., ktorá mala ako predpokladáme pred sebou dlhý život, avšak odborníci ako lekári videli u jej prežívania obrovské riziko, pretože dostala do vienka zdr. stav, ktorý jej nebolo hodno závidieť. Tvrdíme, že nedošlo zo strany nemocnice k takým pochybeniam, ktoré by predpokladali existenciu ujmy na strane žalobcov, pretože nedošlo k protiprávnemu konaniu, ktoré by odôvodňovalo príčinnú súvislosť medzi ujmom na zdraví mal. a na ich osobnostných právach. Máme za to, že ani výška odškodnenia, ktorú požadujú nekoreluje so zavinením, pretože prezentované rozhodnutia zo strany ich PZ nie je možné brať do úvahy v celom rozsahu, sú vytrhnuté z kontextu a zásadným rozdielom medzi ňou konštatovanými rozhodnutiami a prejednanou vecou je skutočnosť, že do zásahu judikovaných veciach a tejto prejednanej veci. Rozdiel spočíva v tom, že v judikovaných veciach sa jedná o zásah do práv na život a zdravie zdravých osôb, ktoré zásadným pochybením resp. protiprávnym konaním o tejto život, resp. zdravie prišli. Prejednávaná vec vykazuje práve rozdiel v tom, že nebolo preukázané protiprávne konanie žalovanej, u mal. D. sa nejednalo výhradne o zdravého pacienta, ale naopak u pacienta s vysokou pravdepodobnosťou a rizikom úmrtia práve v dôsledku vírusových atakov, ktoré sa jej stali nakoniec osudným. Je rozsiahla judikatúra rôznych štátov EU, ktoré dokonca majú výšku náhrady ustálenú v zákone a neponechávajú až na takej voľnej úvahe, ako to je v ČR, resp. na SR. A je rozhodnutia Slovenských súdov v obdobných veciach, kedy došlo dokonca k zásahu na zdraví u zdr. človeka sú povinné brať do úvahy mieru zavinenia do zdravia poškodeného, resp. iné skutočnosti, ktoré sú na jeho strane tak ako je to u prejednávanej veci, a nie je možné tak ako požaduje PZ žalobcov vyčíslit' jednou sumou nárok za poškodenie osobnostných práv bez zváženia všetkých okolností prejednávanej veci. Je dôvodné konštatovať, že okrem tvrdení ani jeden zo žalobcov v konaní nepreukázal existenciu psychickej ujmy choroby, ktorá by mala byť následkom protiprávneho konania. Rovnako príčinná súvislosť v tomto kontexte je zásadnou pre uplatnenie nemajetkovej ujmy a podľa ustálenej judikatúry príčinná súvislosť musí byť preukázaná nepochybne, čo v prejednanej veci nie je možné konštatovať. Vo vzťahu k nahrávke rozhovoru J. I. s novinárom, v ktorom mal tvrdiť v predloženej nahrávke, že sa údajne malo podať viac infúzií, táto nahrávka je súčasťou spisu, avšak mám za to, že táto nahrávka nevykazuje znaky zákonnosti ako dôkazu, pretože nie je možné takto závažné odborné stanovisko prezentovať pred médiami bez toho, aby uvedená osoba mala všetky vyčerpávajúce dôkazy o zdr. stave pacientky – a z hľadiska procesu podotýkam, že súd nemôže pripustiť takýto dôkaz, a to z dôvodu, že nebol získaný kontradiktórne, pretože ak by bol svedok vypočutý po návrhu sporovej strany na pojednávaní, je predpoklad, že ako odborník bude pripravený k otázkam a zváži všetky skutočnosti, ktoré sa prejednávanej veci týkajú. Zásadné je to čo som uviedol, že dôkaz zabezpečený kontradiktórne nebol, nebol získaný zákonným spôsobom, a preto na základe zásady jablka z nakazeného stromu, nemôže byť pripustený do konania. – bolo to verejne podané vyjadrenie, bolo uvedené v médiách, mohol sa s ním oboznámiť každý, nie je zrejme prečo by vyjadrenie J. I. ako dohliadajúceho lekára poskytnuté médiám nemohlo byť použité ako dôkaz v konaní. K otázke tvrdení nezákonnosti postupu Úradu, ba dokonca protiprávneho konania v kontexte so získaním podkladov a ich vyhodnocovaním v protokoloch je dôvodné uviesť, že takého tvrdenie žalobcov nie je možné akceptovať, pretože pokiaľ Úrad koná z úradnej povinnosti, tak ako prezentovala J. K., nie je mysliteľné, aby jedna osoba v akokoľvek právnom postavení ovplyvnila výsledky a hodnotenia uvedené v protokole, pretože ide o systém, ktorý vylučuje takého konanie, tak ako to uviedla svedkyňa, nakoľko pri druhom preverovaní začal Úrad skúmať veci od počiatku a v prípade pochybenia pri prvom protokole je dôvodné predpokladať, že by boli zmarené práva. V prípade, že by žalobcovia mali informácie o takomto

protiprávnom konaní, bolo ich povinnosťou podať trestné oznámenie, či už voči konkrétnym osobám, alebo v prípade neznámeho páchatela vo veci, tak aby sa tvrdené protiprávne konanie objasnilo. Na základe všetkých prezentovaných skutočností, ako aj dôkazov, ktoré boli vo veci vykonané, máme za to, že súd má ustálené zásadné otázky, a preto navrhujeme, z dôvodov nepreukázania naplnenia materiálnych znakov pre uplatnenie nároku žalobcov, aby súd žalobu v celom rozsahu zamietol a priznal žalovanému náhradu trov.

7. Uznesením vyhláseným na pojednávaní dňa 12.4.2019 (čl. 486) za prítomnosti oboch právnych zástupcov sporných strán súd pripustil zmenu žaloby nasledovne: I. Žalovaný je povinný zaplatiť žalobcovi 1/ titulom náhrady nemajetkovej ujmy sumu 300.000,- EUR, a to do troch dní odo dňa nadobudnutia právoplatnosti tohto rozsudku. II. Žalovaný je povinný zaplatiť žalobcovi 2/ titulom náhrady nemajetkovej ujmy sumu 300.000,- EUR, a to do troch dní odo dňa nadobudnutia právoplatnosti tohto rozsudku. III. Žalovaný je povinný do troch dní odo dňa nadobudnutia právoplatnosti tohto rozsudku zaslať žalobcovi 1 a žalobcovi 2, t.j. každému z nich samostatne, formou doporučenej listovej zásielky adresovanej na adresu trvalého pobytu žalobcu 1 a žalobcu 2 písomné ospravedlnenie, ktoré bude podpísané priamo štatutárnym orgánom žalovaného, font písma: Times New Roman, veľkosť písma: 12, a to v nasledovnom znení: „Ako pozostalému a blízkeму rodinnému príbuznému alebohej D. B., nar. dňa XX.XX.XXXX, naposledy bytom: C. XXX/XX, XXX XX C. D. E. – F., zomr. dňa XX.XX.XXXX sa Vám touto formou hlboko ospravedľujeme, že v dôsledku nášho konania a konania našich zamestnancov spôsobom non lege artis a v priamej príčinnej súvislosti s týmto konaním došlo k úmrtiu vašej dcéry, alebohej D. B., dňa XX.XX.XXXX, čím zároveň došlo aj k zásahu do Vašich osobnostných práv. Je nám veľmi ľúto, že sme sa dopustili takéhoto zásahu do Vašich práv a akceptujeme, že ani forma takéhoto písomného ospravedlnenia nie je a nikdy nebude postačujúca pre nápravu následkov tohto nezákonného zásahu, a preto prosím prijmite naše hlboké ospravedlnenie.“

8. Súd vykonal vo veci niekoľko pojednávaní na ktorých vykonal dokazovanie listinnými dôkazmi, výsluchom žalobcu 1/, žalobkyne 2/, zástupcov ÚDZS, znalcov znaleckej organizácie a zistil tento skutkový stav:

9. Zo znaleckého posudku znaleckej organizácie forensic.sk Inštitút forenzných medicínskych expertíz s.r.o. č. XX/XXXX zo dňa 18.02.2015, ktorý bol predložený súdu ako listinný dôkaz, ktorý bol vypracovaný pre účely trestného konania (ďalej ako „Znalecký posudok“), vyplýva okrem iného, že maloletá bola dňa XX.XX.XXXX o 0,48 hod prijatá u žalovanej, rodičia vyhľadali LSPP pre febrilný stav s teplotami do 39,7 °C, večer 15.10 vracala. Diétu chybu rodičia negujú, epidemiologická anamnéza bola pozitívna – bola v kontakte s dieťaťom hospitalizovaným na pediatrickej klinike pre akútnu gastritídu. Prijem na kliniku pre gastroenteritídu s vývojom dehydratácie s nutnou parenterálnou rehydratačnou liečbou – J. L. L.. Dieťa bolo prijaté o 1:20, boli mu správne vykonané základné odbery krvi, bola odporúčaná infúzna terapia – FR 1/1 250 ml + Degan inj. 4 mg za 90 min, ktorá začala o 1:30. Pri hmotnosti dieťaťa 25 kg bol ordinovaný bolus tekutín v dávke 10ml/kg/90min. Uvedené množstvo tekutín bolo aplikované do žily do času 4:00, teda 150 min. o 4:00 bola napojená ďalšia infúzia v množstve 250ml F/G, ktorá bola podávaná do času 9:30, teda 5 hodín a 30 minút. Od 9:30 bola ordinovaná ďalšia infúzia – 500 ml F/G, pre teplotu bola podaná cez ľad. Tiekla do času 13:00 hod, kedy bola infúzia zrušená. Pravdepodobne stiekla v celom objeme. V čase od prijatia malo dieťa takmer trvale zvýšenú teplotu až horúčku (čo zvyšovalo jeho tekutinové nároky o 20%). Pokles teploty bol zaznamenaný prvý krát v čase o 13:00 hod, kedy mala teplotu 36,4 °C. V priebehu celého dňa boli podľa zdravotnej dokumentácie zaznamenané časté vodnaté stolice. Popoludní dňa XX.XX.XXXX znova stúpila teplota, dieťa bolo ponúkané tekutinami cez ústa. Matka trvala na zavedení infúzia, preto bola v čase o 19:50 hod privolaná lekárka, ktorá ordinovala infúziu 250 ml F/G na dobu 3 hodín. Infúzia bola napojená v čase o 20:20 hod. v čase o 23:00 je v zdravotnej dokumentácii záznam, že matka si opakovane žiada infúzie, preto bola o 23,15 hod napojená infúzia polovičného fyziologického roztoku 500 ml so zápisom – stieť 250 ml a ex. V čase o 00,50 hod dňa XX.XX.XXXX bola infúzia ukončená. V čase o 2:20 bola podaná do žily prvá dávka Amoxiclavu 750 mg v 100 ml fyziologického roztoku. Dieťa bolo pre zhoršenie zdravotného stavu o 3:00 hod preložené na JIS. Následne do času 4:15 hod nie je v zdravotnej dokumentácii žiadny zápis o podaných tekutinách. O 4:15 je ordinácia 100 ml fyziologického roztoku spolu s Novalginom. Za obdobie hospitalizácie (necelých 28 hodín) dostala maloletá cca 1 700 ml do žily spolu s liekmi, dieťa bolo ponúkané čajom ale chuť do jedla, pitia bola slabá. Koľko tekutín maloletá vypila sa v zdravotnej dokumentácii neuvádza. Je zaznamenaný údaj 1 000 ml za 23 hodín XX.XX a 100 ml dňa XX.XX.XXXX. Výdaj moču nebol sledovaný, stolice sú zaznamenávané nedôsledne. Z vitálnych funkcií okrem telesnej teploty, je zaznamenaná len pulzová a

dychová frekvencia – 3 x za prvých 24 hodín - už tu bola prítomná zrýchlená akcia srdca /126 – 128 -120/, tlak krvi nebol odmeraný ani raz. Dňa XX.XX.XXXX je v zdravotnej dokumentácii prvýkrát zaznamenaný tlak krvi 120/80 torr v čase o 0:45 hod., odvtedy je pulzová a dychová frekvencia zaznamenaná každú hodinu, spolu 3x, v tomto období malo dieťa telesnú teplotu 38,2 – 38,3 °C, akciu srdca 124-142-140/min, frekvenciu dýchania 36-40-40/min. Tlak krvi bol znovu meraný v čase o 3:00 hod pri preklade na JIS: 130/59 torr, o 3:45 bol TK 95/55 torr, bolo naordinované 200 ml plazmy do žily. Doordinovaná liečba ATB – Meronem i. v. a bol dohovorený preklad do Bratislavy. Dieťa bolo odovzdané posádke RLP o 4:50 hod. Pri odovzdaní pacienta bola maloletá hypotenzná, mala tlak krvi 82/46 torr – 92/53 torr, bola tachykardická 140/min, tachypnoická 38/dychov/min. Lekárom udávaná bilancia tekutín 1 400 ml p. o. a 2100 ml i. v. čo nekoreluje s údajmi zaznamenanými v zdravotnej dokumentácii. Diuréza (výdaj moču) nebol sledovaný, od prijatia mala maloletá vodnaté stolice, ich objem nie je známy, mala bolesti brucha. V sesterskom zázname je prítomný záznam o nafúknutom brušku už večer XX.XX.XXXX. Prvý záznam o chýbajúcej peristaltike je až v zázname chirurga zo dňa XX.XX.XXXX v čase o 3:18 hod.. Laboratórne vyšetrenia boli vykonané opakovane, ich kópie sa v zdravotnej dokumentácii nenachádzajú, chýba chronologický záznam vykonaných laboratórných vyšetrení. Podľa dostupných údajov v zdravotnej dokumentácii vnútorné prostredie organizmu nebolo dostatočne monitorované, je zaznamenaný len jeden výsledok ABR (vyšetrenia acidobázickej rovnováhy) bez časových súvislostí. Vyšetrenie CRP je vykonané opakovane 166,23 – 178,33 – 221,84 mg/l. Časové súvislosti nie sú zrejmé. Napriek prvej hodnote CRP 166,23 mg/l boli ATB ordinované až o 2:00 hod dňa XX.XX.XXXX – amoxiclav 750 mg i. v. a doplnené o 4:15 hod o Meronem 750 mg i. v.. Nadránom XX.XX.XXXX realizované chirurgické vyšetrenie so záverom peritonizmus (dráždenie podbrušnice) v pravom dolnom kvadrante. Po konzultácii vyššieho pracoviska bola upravená ATB liečba a dieťa bolo predložené do Bratislavy. Dieťa prebral transportný tím RLP o 4:50 hod. Dňa XX.XX.XXXX o 8:30 hod bolo dieťa prijaté na OAIM DFN BA. Pri prijatí dieťa je tachydysponoické, tachykardické, s obrazom výraznej dehydratácie, oligúrie, rozvíjajúceho sa septického stavu až septického šoku. Je prítomná hypoglykémia, hypokaliémia, trombocytopénia. Pri prijíme boli zrealizované kompletne laboratórne vyšetrenia. Obraz začínajúceho septického šoku pri klinických známkach dehydratácie. Celkový klinický stav dieťaťa je v danom čase kritický, dochádza k rýchlej progresii MODS (multiorgánová disfunkcia) až do obrazu MOF (multiorgánové zlyhanie) so zlyhaním kardiovaskulárneho a dýchacieho systému, kostnej drene a obličiek. Bola začatá KRP (kardio-pulmonálna resuscitácia), po 45 min neúspešná. Dňa XX.XX.XXXX v čase o 20:36 hod bol konštatovaný exitus letalis. Ľudské telo obsahuje zvyčajne viac ako 60 percent vody. Deti potrebujú viac vody ako dospelí, pretože potrebujú viac energie. Aj z dôvodu, že deti nepociťujú smäd tak intenzívne ako dospelí, je veľmi dôležité zabezpečiť, aby bol prísun tekutín čo najprísnejšie monitorovaný a aby boli tekutiny dopĺňané v dostatočnom množstve. Dehydratácia u detí zvyčajne vzniká z veľkej straty tekutín pri vracaní, či hnačke, horúčke a nadmernom potení. Dehydratácia je častou komplikáciou ochorení vyskytujúcich sa u detí. Jej včasné rozpoznanie a včasná intervencia predchádzajú riziku progresie dehydratácie do hypovolemického šoku a orgánového zlyhania. Vo včasnej fáze rehydratácie je treba podať 1,5 – 2 násobok potrebného množstva tekutín. Denná potreba tekutín závisí na hmotnosti pacienta a jeho klinického stavu: ak hmotnosť pacienta je viac ako 20 kg, je denná potreba 1 500 ml tekutín/deň + 20 ml/kg/deň na každý kilogram nad 20 kg. 50 % detí postihnutých septickým šokom umiera. Náhrada tekutín má byť agresívna – 40ml/kg/ za prvú hodinu a následne 120ml/kg/ prvé štyri hodiny infúznej liečby. Na základe analýzy zdravotnej dokumentácie maloletej znalecká organizácia konštatuje, že liečba maloletej počas hospitalizácie u žalovanej počas hospitalizácie v dňoch XX.XX.XXXX XX:XX – XX.XX.XXXX X:XX hod nebola poskytnutá v súlade s postupmi lege artis. Nešlo o odborne správny postup v liečbe. Hlavné odborné pochybenia je možné definovať a) nedostatočná rehydratácia (náhrada tekutín) vzhľadom k predpokladaným stratám tekutín u dieťaťa a vzhľadom k jeho klinickému stavu a predchorobiu b) nedostatočné monitorovanie telesných funkcií počas liečby c) oneskorená ordinácia antibiotickej liečby. Počas hospitalizácie u žalovanej bola maloletá liečená pre gastroenteritídu, rozvíjajúcu sa dehydratáciu s nutnou parenterálnou rehydratačnou liečbou pri známom predchorobí dieťaťa. Rehydratačná liečba bola začatá ihneď po prijatí a to podávaním tekutín i.v.. Boli správne vykonané základné laboratórne vyšetrenia ako aj opakovane laboratórne vyšetrenia. ATB liečba však bola ordinovaná až po 24 hodinách od prijatia do nemocnice, napriek vysokým hodnotám zápalových ukazovateľov (CRP). Vedenie rehydratačnej liečby ako aj monitorovanie maloletej boli nedostatočné a odborne nesprávne. Podcenenie zdravotného stavu dieťaťa a nedostatočne intenzívna liečba viedla k prehlbovaniu dehydratácie a zápalu črevného traktu, výsledkom čoho bol vývoj ileózneho stavu a sepsy (otrava krvi) s postupnou progresiou do zápalu pobrušnice, septického stavu až šoku a smrti dieťaťa.

10. V rámci znaleckého posudku č. XX/XXXX je oboznámený aj list o prehliadke mŕtveho a štatistického hlásenia o úmrtí (obsah nebol v konaní sporný), z ktorého vyplýva, že maloletá umrela dňa XX.XX.XXXX v čase o 20:36 hod miesto úmrtia DFNSP Limová 1, príčinou smrti podľa klinického nálezu boli: I a) choroba (stav), ktorý priamo privodil smrť – sepsa, bližšie neurčená A419, I b) predchádzajúce príčiny – ileus, bližšie neurčený K567, I c) prvotná príčina – bakteriálna črevná infekcia, bližšie neurčená A04?, II. iné závažné chorobné stavy a zmeny – septický šok R572. Záverečná diagnóza podľa vykonanej pitvy: I a) choroba (stav), ktorý priamo privodil smrť: kardiorespiračné zlyhanie R092, I c) prvotná príčina – nešpecifická enterokolitída K52. Pitva bola vykonaná dňa XX.XX.XXXX o 10:30 hod lekárom, ktorý vykonal pitvu bola J. J..

11. V rámci znaleckého posudku č. XX/XXXX je oboznámený aj pitevný protokol č. F. XXXX (obsah nebol v konaní sporný), z ktorého vyplýva, že pitva maloletej bola vykonaná na pracovisku ÚDZS 111 PA Bratislava, Antolská 11. Dátum/čas smrti: XX.XX.XXXX XX:XX, dátum/čas príjmu mŕtvol: XX.XX.XXXX XX:XX, dátum/čas pitvy: XX.XX.XXXX X:XX, miesto úmrtia: DFNSP Limbová, Druh pitvy: pitva na oddelení patologickej-anatómie. Sprievodné diagnózy: ťažká sepsa, septický šok, dehydratácia, MODS, kardiopulmonálna resuscitácia-APLS, junkčná ektopická reentry tachykardia, bakteriálna enteritída neznámej etiolog., portálna hypertenzia, st. p. opak. Sklerotizácii ezofageálnych varixov, st. p. mezenterikoportálnej anastomóze, st. p. enterostómii pre stranguláciu a resekciu čreva, hypersplenizmus, trombocytopenia, st. p. CMV hepatitis, st. p. diabetickej fetopatii s kardiomyopatiou popôrodne. Ošetrojúci lekár: M. I., Prehliadajúci lekár: F. J.. Patologicko-anatomická diagnóza: I. príčina smrti a)1 sepsa A419, komplikácia základnej choroby b)2 cirkumskriptná fibrinóznehnisavá peritonitída v oblasti bursa omentalis. Základná choroba: c)3 nešpecifická chronická enterokolitída K529, 4 Stav po resekcii tenkého čreva pre stranguláciu (05/2009), 5 Stav po opakovaných sklerotizáciách ezofageálnych varixov s následnou mezenterikoportálnou anastomózou (03/2009). II. pridružené choroby: 6 7 III Ostatný nález: multifokálne myokardiálne nekrózy srdca, obojstranná bronchopneumónia, akútna intersticiálna edematózna pankreatitída, akútne exacerbovaná chronická gastritída, akútna nešpecifická lymfadenitída, infekčný tumor sleziny, difúzna malokvapôčková a veľkokvapková steatóza pečene, splenomegália, edém pľúc, krvácanie do parenchýmu pľúc, obojstranný hydrotorax, subpleurálne, subepikardiálne a podkožné petéchie, ascites, výrazný edém mozgu, akútna venostáza pečene. Výsledky laboratórných vyšetrení: hnis z peritonea – streptococcus pyogenes, enterococcus avium, acinetobacter johnsonii. Ster zo sleziny: enterococcus avium, staphylococcus sp. – koaguláza neg., Acinetobacter johnsonii. Pitvu vykonal J. K. J., protokol revidoval J. F. J..

12. Zo znaleckého posudku č. XXX/XXXX vypracovaného forensic.sk Inštitút forenzných medicínskych expertíz s.r.o. zo dňa 15.7.2017 (ďalej len „znalecký posudok č. XXX/XXXX“) okrem iného vyplýva, že sepsa je život ohrozujúca zápalová odpoveď na závažnú infekciu. Základná liečba predstavuje liečbu antibiotikami a tekutinovou resuscitáciou. U pacientov v sepe alebo v septickom šoku je oneskorenie podávania vhodných antibiotík spojené s merateľným zvýšením úmrtnosti. Podľa literárnych údajov, ak sa pacientom v sepe podali antibiotiká počas prvej hodiny zdokumentovaného zníženia krvného tlaku, miera prežitia bola 79,9 %. Ak sa podali antibiotiká neskôr, každá hodina oneskorenia počas nasledujúcich 6 hodín, bola spojená s priemerným poklesom prežitia o 7,6 %. V prípade pacientov s bakteriálnou sepsou sa podstatne zvyšuje mortalita (úmrtnosť) v spojitosti s neadekvátne podanou prvou dávkou antibiotika a 3 hodinovým oneskorením antimikrobiálnej liečby po stanovení diagnózy sepsy. Výskyt úmrtia bol vyšší u detí starších ako 2 roky v prípade ak im v rámci rehydratácie bolo podaných menej ako 40ml/kg tekutín v prvej hodine u tých pacientov, u ktorých liečba nebola začatá v prvých 30 minútach po stanovení diagnózy septického šoku. Resuscitačný objem vyšší ako 800 ml v prvej hodine je spojený s lepším prežívaním. Monitorovanie telesných funkcií zahŕňa sledovanie fyziologických funkcií, celkového stavu pacienta a v prípade umelej pľúcnej ventilácie aj činnosť ventilátora. Cieľom monitorovania telesných funkcií je včasná diagnostika zlyhávania základných životných funkcií, ako aj posúdenie stavu ochorenia a účinnosti liečby. Je pravdepodobné, že v prípade, ak by monitorovanie telesných funkcií maloletej počas liečby u žalovanej bolo vykonané bez odborného pochybenia, bolo by možné skôr zachytiť zhoršovanie jej zdravotného stavu, čo by mohlo prispieť k celkovo lepšej prognóze. Nie je však možné jednoznačne určiť a už vôbec nie je možné vyjadriť matematicky pravdepodobnosť prežitia maloletej, ak by zdravotná starostlivosť u žalovanej bola poskytnutá bez hlavných odborných pochybení (nedostatočná hydratácia, nedostatočné monitorovanie, oneskorená antibiotická liečba) a ani nie je možné ničím určiť, na koľko sa táto pravdepodobnosť pochybením znížila v konkrétnom prípade (v percentách). Medicína nepozná žiadne také individuálne prognostické kritéria, ktorými je možné v

teoretickej rovine a hlavne ex post (po smrti, či po zhoršení zdravotného stavu) ustáliť, ako by sa vyvíjal zdravotný stav, ak by bol v istom časovom momente pred tým zvolený konkrétny postup. Každý ľudský organizmus je iný a v ňom sú obsiahnuté individuálne faktory, ktoré sa vo vzájomnej závislosti a aj samostatne menia a nie je možné presne predvídať akým spôsobom, či a kedy k takejto zmene dôjde.

13. Z lekárskej správy žalovanej z obdobia od 21.9. – 23.9.2010 vyplýva, že maloletá bola prijatá pre bolesti brucha, ktoré trvajú od včera, vracala. Terapia bola ordinovaná okrem iného infúziou. Maloletá prevezená do Bratislavy. Z prepúšťacej správy DFNsP Bratislava vyplýva, že maloletá tam bola hospitalizovaná od 23.9 – 29.9.2010 na rtg bol prítomný ileózný stav, terapia ordinovaná okrem iného tiež infúziou. V závere je uvedené – pacientka prijatá na KDCH s bolesťami brucha a subileóznym stavom, po rehydratácii ústup bolesti, celkový klinický nález sa zlepšuje. Postupne zaťažovaná stravou, bez komplikácií... afebrilná, plne mobilná, zaťažovaná stravou, prepustená v dobrom stave domov. Z lekárskej správy žalovanej vyplýva že maloletá bola u nej hospitalizovaná aj 6.6 – 9.6. 2011 a 14.6 – 17.6.2011 z dôvodu bolesti brucha. Z lekárskej správy žalovanej vyplýva, že maloletá bola u nej hospitalizovaná v dobe 26.6 – 3.7.2011, kedy jej bola vykonaná sklerotizácia varixov. Z prepúšťacej správy žalovanej zo dňa 17.10.2013 vyplýva dg záver: susp. peritonitída, septický stav, portálna hypertenzia, stav po opakovanej sklerotizácii ezofageálnych varixov, stav po mezenterikoportálnej anastomóze, stav po enterostómii, hypersplenizmus, trombocytopenia v sledovaní. Z prepúšťacej správy zo dňa 17.10.2013 vypracovaná DFNsP BA vyplýva, že stav maloletej pri prijatí – ubolená, nahlas stonká, spavá, SDA nedostatočná, dyspnoe, vyžaduje rozptyl kyslíka 5-9l/min...hydratácia nedostatočná, sliznice výrazne suché, pery a sliznice slabo hydratované, pery výrazne popraskané a vysušené. Tonzily, orofarynx s masívnym žltým povlakom. Priebeh: ... prítomná nutnosť oxygenoterapie, hypotenzia, tachykardia, obraz začínajúceho septického šoku pri klinických známkach výraznej dehydratácie, započatá intenzívna objemová resuscitácia... celkový klinický stav dieťaťa je kritický, dochádza k rýchlej progresii MODS do obrazu MOF so zlyhaním kardiovaskulárneho, dýchacieho systému, kostnej drene a obličiek. Matka dieťaťa informovaná o závažnosti stavu s možným fatálnym vyústením. Ďalšie relevantné časti zo zdravotnej dokumentácie maloletej sú v rámci skutkového stavu popísané tak v Protokole č. XXX/XXXX ako aj v znaleckom posudku č. XXX/XXXX.

14. Z protokolu č. XXX/XXXX o vykonanom dohľade na mieste Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „Protokol č. XXX/XXXX“) vyplýva, že tento protokol nahrádza protokol č. XXXX/XXXX o vykonanom dohľade zo dňa 16.10.2014. Ďalej je okrem iného uvedené, že dieťa bolo dňa XX.XX.XXXX prijaté na lôžkové oddelenie Pediatrickej kliniky v čase o 00:48 hod po predchádzajúcom ošetrovaní pediatrom na LSPP. Dôvodom vyšetrenia boli tri dni trvajúce teploty, deň pred vyšetrením sa pridružili hnačky a v noci aj zvracanie. Hospitalizácia bola všeobecným lekárom odporúčaná pre diagnózu gastroenteritídy, pre vývoj dehydratácie s nutnosťou venózne rehydratačnej terapie u dieťaťa s portálnou hypertenziou, ezofageálnymi varixami a portokaválnym skratom. Stav pri prijatí o 01:19 – výška 126 cm, váha 25 kg, dieťa kľudné, afebrilné, t. č. bez známkov abdominálneho dyskomfortu, resp. známkov respiračného distresu, hydratácia t. č. v norme,... diagnostický záver: gastroenteritis acuta + ostatné Dg. Po prijatí naplánované vyšetrenia na CITO: KO+diff, CRP, IL-6, ABR, gluk., urea, kreat., alb. ALT, AMS, ionogram, moč Ch+S, výtery- hrdlo, nos, stolica – vrátane virológie, na ráno XX.XX.XXXX indikované sonografické vyšetrenie brucha. O 1:30 250 ml 1/1 FR. Po stečení infúzie o 4:00 hod napojená ďalšia infúzia 250 ml FR. V čase o 9:30 hod podaná ďalšia infúzia 1 FR 500 ml chladený. Klinický nález o 09:01 hod: dieťa malo 2xstolicu, nezvracalo ale prítomná nauzea, raňajkovalo, piť sa snaží. Ordinovaná terapia: 1 FR 500 ml, ...plánované kontroly: CRP IL-6 o 12:00 hod. Vitálne funkcie o 9:30 hod: AS 126/min, DF 36/min. V ďalších hodinách pretrvávali febrility, o 10:50 hod TT 39,40 °C, ... objavili sa časté vodnaté stolice. Teplota poklesla na 36,4 °C o 13:20. Večer zhoršenie stavu v zmysle bolesti brucha, pokračujú febrility do 38,5 °C a riedke vodnaté stolice. Vitálne funkcie o 13:30 hod: AS 128/min, DF 38/min. V zdravotnej dokumentácii záznam o 19:05 hod TT 38,2 °C, zobudila sa, plačlivá, udáva bolesť brucha, „matka trvá na podaní infúzie“. Sesterský záznam – dieťa malo popoludní opakovane vodnaté stolice, odobratá vzorka na kultiváciu aj na vírusy... tekutiny toleruje, jedla slabo, nezvracia. O 20:20 hod napojená inf. 250 ml F/G, vitálne funkcie o 21:30 hod. AS 120/min, DF 32/min, TT 37,3 °C. Po 22:00 hod dieťa driemalo, bolo nepokojné, vetry odchádzajú, bruško nafúknuté,...o 22:40 hod dieťa plače, udáva bolesti brucha, mala redšiu žltohnedú stolicu. O 23:00 hod 37,3 °C, znova redšia stolica, ..pije slabšie. Ordinovaná inf. 250 ml 1 FR stieť za 4 hodiny, napojená o 23:15 hod no po stečení 20 ml infúzia ex. Laboratorne vyšetrenia zo dňa 16.10.2013 (okrem iného): odber v čase 02:01 hod zápalové markery: IL-6 4834 pg/ml; CRP 166/23 mg/l. Odber v čase o 12:45

hod: zápalové markery: CRP 178,33mg/l; IL-6 3164pg/ml. O 2:20 hod vzhľadom na vysokú zápalovú aktivitu (PCT Q 100, CRP 221, D-dimér 7,5), riedke stolice, ordinácia ATB liečby Amoksiklav 750 mg i. v. v 100 ml FR. O 2:50 dieťa preložené na JIS, od polnoci dieťa vypilo cca 100 ml tekutín. O 3:10 hod: dieťa malo riedku žltohnedú stolicu bez prímiesí, cca 100 ml s močom. Následne pokračované v pravidelnom monitoringu vitálnych funkcií a klinického stavu dieťaťa každých 30 minút, s informovaním lekára. Pretrváva hypotenzia, tachykardia, tachypnoe. V čase o 03:18 realizované chirurgické konzílium. V čase o 3:45 ordinovaná zmena antibiotickej liečby: venózne antibiotikum Meropenem 750 mg do 300 ml 1 FR, volaná príslužba, primár oddelenia. Službukonajúci lekár kontaktoval DFNSP Bratislava, dohovoréné preklad. Výsledky laboratórných vyšetrení XX.XX.XXXX o 00:48 hod: zápalové markery IL-6 5000, PCT Q 100 ng/ml, CRP 221,84 mg/l. V dokumentácii zaznamenaný sumárne príjem tekutín od prijatia dieťaťa : per os 1 400ml, i. v. 2 100 ml. V čase o 4:45 hod TK 80/40, AS 144/min, DF 46/min, sat. kyslíkom 96%., nasledoval transport do BA. Liečba počas transportu: i.v. podané tri infúzie FR po 250 ml. Po prijatí v DFNSP BA začatá objemová resuscitácia, pokračovanie v antibiotickej liečbe. V časti posúdenia zdravotnej starostlivosti ÚDZS skonštatoval: v čase hospitalizácie išlo o 7 ročné polymorbídne dieťa, ktoré bolo opakovane hospitalizované v zdravotníckych zariadeniach v Trenčíne, Ilave a v Bratislave. Základným zdravotným problémom, z ktorého vychádzali ostatné patologické nálezy bola portálna hypertenzia – Bantiho syndróm. Tá mala za následok hypersplenizmus so zmenami v krvnom obraze a to najmä trombocytopéniu a rozvoj ezofageálnych varixov. Dieťa bola v minulosti opakovane hospitalizované na detských lôžkových oddeleniach pre podobné príznaky ako pri poslednej hospitalizácii u žalovanej (gastroenteritída s teplotami), pričom stav sa zvládol konzervatívnou liečbou. Priebeh posledného ochorenia bol fulminantný a neočakávaný. Na fulminantnosti klinického priebehu participovala polymorbidita dieťaťa, ktoré trpelo viacerými závažnými poruchami zdravia vyplývajúcimi zo základného ochorenia pečene. V prvých hodinách po prijatí sa stav dieťaťa mierne zlepšil (zaznamenaný pokles TT, pokles zápalových markerov). Vzhľadom na uvedený stav antibiotiká neboli v tom čase indikované. Nasadené boli správne po polnoci, keď sa stav začal opätovne zhoršovať (vystúpili zápalové parametre, konštatovaný bol peritonizmus v pravom dolnom kvadrante). Dávka ordinovaných antibiotík bola zvolená správne. O niekoľko hodín bolo správne doordinované ďalšie antibiotikum (meropenem). V minulosti realizované operácie bruchu (v rámci portokaválneho shuntu a resekcia tenkého čreva pre tranguláciu) vytvorili terén pre patologický stav, ktorý bol neskôr príčinou cirkumskriptnej fibróznehnisavej peitonitídy v oblasti bursa omentalis. Táto príčina bola objasnená až pri pitve. U pacientky došlo pravdepodobne, vzhľadom na vyčerpané obranné mechanizmy organizmu, k prestupu baktérií, eventuálne bakteriálnych antigénov z tráviaceho traktu do systémového obehu pri nešpecifikovanej bakteriálnej gastroenteritíde. Daný priebeh potvrdzuje aj rozvoj príznakov MODS a MOF pri vysokých hodnotách zápalových markerov vyšetovaných počas liečby (CRP, IL-6, D-dimér, PCT) a taktiež pitevný nález. V diagnostickom ani terapeutickom postupe tejto krátkej cca 28 hodinovej hospitalizácie nebolo identifikované pochybenie. Na rozvoj dehydratácie mala vplyv začínajúca sepsa, ktorá je sprevádzaná redistribúciou tekutín do tretieho priestoru. Okrem iných bola J. J. N. osobou vykonávajúcou dohľad (vedúca skupiny vykonávajúcej dohľad) a prizvanou osobou C. J. O. P., B. (odbor pediatria).

15. Vo vyjadrení bývalej triednej učiteľky maloletej sa okrem iného uvádza „... D. som dostala do triedy ako prváčku...keď si na ňu spomeniem tak cítim rúčky ktoré ma hocikedy objali, niekedy aj počas vyučovania, za čo som ju niekedy karhala, aby počkala na prestávku, že potom sa budeme objímať, teraz sa musíme učiť... akoby vedela, že ona čakať nemôže... mala milú povahu, bola ochotná pomôcť vždy, keď mohla, požičať veci, ktoré si niekto zabudol.. jej zdravotné ťažkosti by ju mohli obmedzovať v pohybe ale vždy chcela cvičiť tak ako zdravé deti, v podstate sa cítila zdravá a mne aj tak pripadala... nikdy sa nestražovala na svoj zdravotný stav, ani sa v ničom neobmedzovala...užívala si život naplno, pokiaľ sa dalo...i keď som ju čítať a písať nestihla naučiť... viem, že všetky písmenká abecedy už vedela...lebo ona chcela vedieť, chcela sa tohto veľa naučiť, bola veľmi usilovná... ale nebolo jej to dopriate... učila som ju krátko, ale som veľmi rada, že som ju poznala... naučila mňa, ale i deti v triede vážiť si život a zážitky ešte viac ako predtým...deti ju mali radi a ona ich tiež...ale bola s nami až do konca štvrtého ročníka... aspoň na fotografii, ktorú sme v triede mali a taktiež v našich spomienkach a srdiečkach.

16. Z listinného dôkazu označeného ako Bilancia tekutín vyplýva, že maloletá mala vypiť p. o. XX.XX.XXXX XXX ml + 150 ml + 200 ml, podčiarknuté, XX.XX.XXXX XXX ml. S podpisom J. P. (ďalej nečitateľné). Z listinného dôkazu označeného ako Záznam o fyziologických funkciách vyplýva že 16.10.2013 o 9:30 – PF 126, dýchanie 36. O 13:30 – PF 128, dýchanie 38. O 21:30 – PF 120, TT 37,3 °C, dýchanie 32. 17.10.2013 o 0:30 – TT 38,3 °C, 0:45 – TK 120/80, PF 124, dýchanie 36. O 1:30 – PF

142, TT 38,2 °C, dýchanie 40. O 2:30 – PF 140, TT 38,3 °C, dýchanie 40. Pečiatka s podpisom s. J. P.. 17.10.2013 o 3:00 – TK 130/59, PF 140, TT 37,6 °C, dýchanie 44. O 3:45 – TK 92/45, PF 142, TT 37,5 °C, dýchanie 46. O 4:15 TK 84/41, PF 148, dýchanie 46. O 4:30 – TK 78/39, PF 144, TT 37,5 °C, dýchanie 48. O 4:45 TK 80/40, dýchanie 46.

17. Z výsledkového listu č. XXXXXXXXXXXXX vyplýva že testy žiadal lekár J. J. L. dňa XX.XX.XXXX o 12:45 vydané boli XX.XX.XXXX o 12:41 a vyplýva z nich že hodnota CRP bola 178,33 mg/l, referenčná hodnota je 0,00-5. IL-6 bola v hodnote 3164 pg/ml, referenčný interval je 0-12. Z výsledkového listu č. XXXXXXXXXXXXX vyplýva že testy žiadal lekár J. L. L. dňa XX.XX.XXXX, vydané boli XX.XX.XXXX o 8:07 s výsledkami HGB 102, ref. Interval 120-160, HT 0,31, ref. Interval 0,35-0,46, TR 18,10, refer. Interval 140-440, SOEr 66,10, ref. Interval 80-96, HbEr 21,70 ref. Interval 30-36, SFK 328 ref. Interval 330-370, RDW 16,10 ref. Interval 12-16, NEU 0,94 ref interval 0,58-0,67. LY 0,02 ref. Interval 0,24-0,40. ApNEU 8,61 ref interval 2,40-6,30. ApLY 0,20 ref interval 1,10-0,80. Z výsledkového listu č. XXXXXXXXXXXXX vyplýva že o testy žiadal lekár J. L. L. XX.XX.XXXX o 2:01, vydané boli XX.XX.XXXX o 12:23 s výsledkami CRP 166,23 mg/l, ref. Interval 0,00-5. IL-6 4834 pg/ml ref. Interval 0-12. Z výsledkového listu č. XXXXXXXXXXXXX vyplýva, že o testy žiadal lekár J. I. F. XX.XX.XXXX o 00:48, vydané boli XX.XX.XXXX o 10:55 s výsledkami CRP 221.48 IL- 6 5000, PCT Q viac ako 100, IL6 viac ako 5000.

18. Z rozhovoru prednostu pediatrickej kliniky a novinára denníka SME súd zistil, že tento vedel že sa rozpráva s novinárom, súhlas s nahrávaním pred rozhovorom udelil a uviedol, že to že maloletá dostala menej infúzií ako mala, hovoril ex post, keď už vedel všetky ostatné skutočnosti. Je pravdou že ju mala na starosti lekárka ktorá nemala potrebnú atestáciu, on mal vtedy príslužbu. Je pravdou, že neatestovaný lekár niektoré veci zhodnotí inak ako atestovaný. Po tom čo sa stalo aj prehodnotili personalizačne organizáciu. Vedenie muselo aj pridať ďalšieho človeka. V článku publikovaného v denníku SME z 17.9.2018 je citácia prednosti J. I. v znení „myslel som to vo v význame, že po tom všetkom sa ukázalo, že dostala menej infúzií a mala ich dostať viac.“

19. Uznesením KRPZ v Trenčíne ČVS: KRP-64/1-VYS-TN-2018 zo dňa 15.10.2018 bolo vznesené obvinenie lekárkam žalovanej J. L. G. a J. Q. Q., R. H., každej samostatne za trestný čin usmrtienia podľa § 149 ods. 1, ods. 2 písm. a), písm. b) Trestného zákona s poukazom na ustanovenie § 138 písm. h) Trestného zákona a s poukazom na ustanovenie § 139 ods. 1 písm. a) Trestného zákona, lebo na základe zistených skutočností je dostatočne odôvodnený záver, že „J. L. G. a J. Q. Q., R. H., ako ošetrojúce lekárky maloletej D. B.. nar. XX.XX.XXXX, počas jej hospitalizácie na Klinike pediatrie a neonatológie Fakultnej nemocnice v Trenčíne so sídlom na ulici Legionárska č. 28 (ďalej len „FN Trenčín“) v čase od XX.XX.XXXX od 00,48 hod do XX.XX.XXXX do 04,27 hod., porušením dôležitých povinností vyplývajúcich z ich zamestnania, zanedbali zdravotnú starostlivosť o maloletú hospitalizovanú pacientku N. Ch. tým, že nezabezpečili správne a dostatočné monitorovanie pacientky a vykonanie všetkých zdravotníckych výkonov za účelom správneho určenia ochorenia maloletej, so zabezpečením včasnej a účinnej liečby maloletej, v liečbe maloletej nešlo o odborne správny postup a jej liečba nebola poskytnutá v súlade s postupmi lege artis, nakoľko po tom, ako bola maloletá D. B.. dňa XX.XX.XXXX v čase o 00,48 hod prijatá na hospitalizáciu do FN Trenčín pre gastroenteritídu s vývojom dehydratácie s nutnou parenterálnou rehydratačnou liečbou a následne v čase o 7:00 hod ju J. L. G. po nástupe do služby prevzala do svojej zdravotníckej starostlivosti ako ošetrojúca lekárka, J. L. G. nezabezpečila dostatočnú rehydratáciu (náhrada tekutín) u maloletej D., ktorá mala byť niekoľkonásobne vyššia ako v skutočnosti bola, a to vzhľadom na aktuálny klinický zdravotný stav maloletej a jeho prognózu, a tiež vzhľadom na predchorobie maloletej, vyplývajúce z jej zdravotnej dokumentácie, o ktorom mali lekári FN Trenčín vedomosť, nezabezpečila dostatočné monitorovanie telesných funkcií maloletej D. B.. počas liečby a tým nezabezpečila včasnú a účinnú liečbu a vykonanie opatrení na zlepšenie zdravotného stavu pacientky – pulz, dych (ich frekvencia môže naznačovať rozvoj sepsy), krvný tlak, príjem a výdaj tekutín – príjem bol sledovaný nedostatočne, výdaj sledovaný vôbec nebol, vnútorné prostredie organizmu nebolo sledované dostatočne a tiež vôbec nenaordinovala maloletej D. B.. antibiotickú liečbu, ktorá mala byť podľa záverov znaleckého posudku č. XX/XXXX znaleckej organizácie Forensic.sk Inštitút forenzných medicínskych expertíz s.r.o. ordinovaná najneskôr dňa 16.10.2013 na obed, nakoľko už výsledky prvých odberov realizovaných v noci pri prijíme maloletej nasvedčovali bakteriálnej infekcii, maloletá mala vysoké výsledky CRP (C-reaktívny proteín), vysokú telesnú teplotu, pričom pri odchode zo služby dňa XX.XX.XXXX v čase okolo 15.30 hod po nej nastupujúcu lekárku J. Q. Q., R. H. neupozornila na závažný zdravotný stav maloletej pacientky D.,

príčom nastupujúca ošetrojúca lekárka maloletej J. Q. Q. R. H. po nástupe do služby dňa XX.XX.XXXX v čase po 15:30 hod keď prevzala maloletú D. B.. do svojej zdravotníckej starostlivosti ako jej ošetrojúca lekárka, taktiež nezabezpečila dostatočnú rehydratáciu (náhrada tekutín) a dostatočné monitorovanie telesných funkcií tak ako je uvedené u J. L. G. ako aj oneskorene naordinovala antibiotickú liečbu až o 2:20 hod dňa XX.XX.XXXX a ktorá mala byť podľa znaleckej organizácie Forensic.sk Inštitút forenzných medicínskych expertíz s.r.o. ordinovaná najneskôr dňa XX.XX.XXXX na obed, nakoľko už výsledky prvých odberov realizovaných v noci pri prijíme maloletej nasvedčovali bakteriálnej infekcii, maloletá mala vysoké výsledky CRP (C-reaktívny proteín), zrýchlenú akciu srdca, zrýchlené dýchanie, vysokú telesnú teplotu, čím obidve lekárky podľa záverov znaleckého posudku č. XX/XXXX znaleckej organizácie podcenili zdravotný stav maloletej, zdravotné výkony neboli správne vykonané za účelom správneho určenia ochorenia maloletej a so zabezpečením včasnej a účinnej liečby, v ich postupe nešlo o aplikované odborné postupy v súlade s princípmi správnej liečby, a teda v súlade s postupmi lege artis, v dôsledku čoho došlo k prudkému zhoršeniu zdravotného stavu maloletej, ktorá po prevoze sanitkou do DFNsP Bratislava, kde dňa XX.XX.XXXX v čase o 20:36 hod zomrela, nakoľko nedostatočná intenzívna liečba viedla k prehlbovaniu dehydratácie a zápalu črevného traktu, výsledkom čoho bol vývoj ileózneho stavu a sepsy dieťaťa, s postupnou progresiou do zápalu pobrušnice, septického stavu až šoku a smrti dieťaťa. Trestné konanie nie je tohto času právoplatne skončené.

20. Z výpovede J. L. G. vykonanej v rámci trestného konania dňa 10.12.2018 vyplýva že maloletá nebola vôbec referovaná na poobednom sedení kde službu preberala J. H. ako rizikový pacient. Súčasne uviedla, že plne informovala vedúceho lekára o aktuálnom stave a znova aj na aplikáciu ATB. Vo výpovede J. Q. Q. (R. H.) v rámci trestného konania dňa 6.12.2018 uviedla, že „na poobednom sedení sa odovzdávali novoprijaté deti a deti, ktoré sú niečím rizikové, čiže vyžadujú kontrolu zdravotného stavu počas ústavnej pohotovostnej služby, lebo zmenu liečby. D. aj napriek svojmu závažnému predchorobiu a diagnózam ako bola portálna hypertenzia, syndróm krátkého čreva, pažerákové varixy, stav po mezenteriko-portálnej anastomóze, hypersplenizmus, trombocytopénia a navyše s patologickým parametrom – vysokým zápalovým markerom CRP, IL-6, spomínaná vôbec nebola... ak by som vedela že na oddelení je hospitalizované dieťa s tak závažným predchorobím a navyše s patologickými laboratórnymi parametrami, venovala by som mu od začiatku zvýšenú pozornosť...v tom čase som bola neatestovaný lekár... prvýkrát som D. vyšetřila o 19,50 hodine po vybavení príjmu v príjmovej ambulancii... do služby som nemala od ošetrojúceho lekára naplánované žiadne kontroly stavu, laboratórných parametrov ani infúziu liečbu, nebola umiestnená na jednotke intenzívnej starostlivosti... podľa môjho názoru išlo nezodpovedný prístup primára kliniky a atestovaných ošetrojúcich lekárov, ako aj vedúceho lekára, ktorý deti pri preberaní služby odovzdával, voči dieťaťu aj voči mne ako neatestovanému lekárovi... podľa môjho názoru starostlivosť o takéto polymorbídne dieťa so všetkými závažnými pridruženými diagnózami a navyše s patologickými laboratórnymi parametrami by mala byť v rukách lekára s príslušnou špecializáciou, čiže atestovaného lekára, čo hovorí aj znalkyňa J. Q., že sa dalo počas dňa predpokladať, že priebeh bude u takto komplikovaného pacienta zložitejší a v takýchto ťažších prípadoch by mal byť ošetrojúcim lekárom lekár s príslušnou špecializáciou, čiže atestovaný lekár...“

21. Z výpovede znalkyne J. R. Q., F. vyplýva, že maloletá bola prijatá dňa XX.XX.XXXX na pediatriu žalovanej pre febrilný stav a gastroenteritídu. U maloletej bolo možné zabezpečiť včasnú a účinnú liečbu. Účinná liečba je taká, ktorá vedie k zastaveniu klinického ochorenia a k zlepšeniu zdravotného stavu. Postup pri prijatí bol správny aj liečba bola nastavená správne a to lekárom ktorý maloletú na LSPP prijímal a ktorý stanovil aj správnu diagnózu. Následne však bola maloletej poskytnutá zdravotná starostlivosť non lege artis. Monitorovanie maloletej nebolo dostatočné čoho dôsledkom bola aj liečba nedostatočná. Bol daný malý zreteľ na predchorobie maloletej. Liečba nebola dostatočne úderná, nakoľko došlo k podceneniu jej zdravotného stavu. Taktiež boli oneskorene podané antibiotiká. Tieto mali byť podané najneskôr na obed XX.XX.XXXX. Ak by liečba bola lege artis je možné uvažovať o tom, že by prognóza na vylepšenie a na vyzdravenie bola lepšia, nakoľko ochorenie by sa zachytilo včas a je možné, že by ho bolo možné vyliečiť. Na druhej strane však treba povedať, že ani pri postupe lege artis by nebola daná istota, že by maloletá bola vyliečená, resp. že by u nej nenastal negatívny zvrät vedúci k jej smrti. Maloletá mala podstatne znížené kapacity organizmu. Jej kapacity organizmu boli znížené vzhľadom k existencii závažného ochorenia pečene, vzhľadom k prekonanej operácii na črevnom trakte ako aj vzhľadom k potrebe opakovaného znižovania pretlaku v portálnom riečisku, čo je riečisko, kt. zberá krv z vnútrobrušných orgánov a smeruje ju do pečene. Máme tým na mysli opakované prekonanie sklerotizácie pažerákových varixov. Maloletá kvôli jej zdravotným ťažkostiam

nebola štandardné dieťa a mala nárok na to, ak by pri postupe lege artis, to je bez tých vytykánych lekárskech pochybení, došlo k zvráteniu jej stavu vedúceho až k smrti, a teda nemuselo dôjsť k jej smrti ak by bol postup lege artis. Lekári u žalovanej mali prístup k zdravotným záznamom maloletej a preto mal byť ich postup ráznejší. Aké konkrétne množstvo tekutín malo byť maloletej podané nemožno odpovedať presným číslom. V tomto prípade má význam monitoring vo výdaji a príjme tekutín, podľa kt. sa bazálna potreba tekutín navyšuje v závislosti od teploty, výdaju moču, hnačiek, zvracania. Potreba množstva tekutín sa riadi klinickým stavom dieťaťa, známkami jej hydratácie a v tomto prípade monitoring zohráva význam, nakoľko nemožno sa len spoliehať na odhad podľa hmotnosti dieťaťa. Lekármi udávaná bilancia tekutín bola 1 400 ml perorálne a 2 100 ml intravenózne, čo ale nekorelovalo s údajmi v zdravotnej dokumentácii. Podľa dostupných údajov teda dostala dokopy 1 700ml. V tomto prípade nie je podstatné, či infekciou vyvolala salmonelóza alebo iný vyvolávateľ. Podstatou bolo, že klinický obraz hovoril o tom, že dieťa má zápal tráviaceho traktu, pretože malo riedke stolice, zvracalo a malo teplotu. V tomto prípade nie je podstatný prvotný vyvolávateľ. Podstatné je riešenie primárneho klinického stavu, kt. bola gastroenteritída s teplotou. To riešenie je rovnaké, či by vyvolávateľom bola Salmonella, rotavírus al. iný nejaký vyvolávateľ. Základom je náhrada tekutín a plus potom podľa laboratórnych výsledkov, ak sú zvýšené ukazovatele zápalu v takej výške, ako boli u maloletej D. je to indikáciou na antibiotickú liečbu. Zvlášť v prípade dieťaťa, ktoré je rizikové a kt. má anaboliu takú ako mala maloletá D.. Čo sa týka potreby tekutín v detskom veku mi na 42 str. v znaleckom posudku uvádzame, aké sú štandardné potreby fyziologicky zdravých detí z hľadiska tekutinových nárokov. Ak by sme teda konkretizovali maloletá D. mala 25 kg a pokiaľ by bola úplne zdravá a nemala by zvýšenú teplotu a nemala by častejšie stolice, nezvracala by, jediná potreba by bola 1 600 ml. Treba, ale povedať, že mala teplotu už tri dni pred chorobím a pri teplote sa tekutinové nároky zvyšujú o 20 % minimálne, t. z. nad základnú potrebu sa navyšuje príjem tekutín min. o 20 % a viac podľa teploty a k tomu ešte pristupuje objem tekutín, kt. dieťa alebo človek stratí, t. z. stolicou, vracaním, odparovaním kože pri teplote, takže tie tekutinové nároky sa navyšujú. Keď sme spočítali tekutiny, ktoré dieťa dostalo a odhadli sme jej potrebu, tak tie nahradené tekutiny nezodpovedali jej potrebe. U pacienta u ktorého sa rozvíja sepsa alebo infekcia, straty nie sú len stolicou na voľno, ale tu dochádza vlastne k vyústeniu tekutín do tretieho priestoru, kt. my nevieme zmerať. Riadime sa práve tým monitorovaním pacienta, monitorovaním jeho tlaku, jeho pulzu a jeho celkového klinického stavu. U maloletej D. počas dňa boli zaznamenané len hodnoty akcie srdca, kt. boli zvýšené. Tieto hodnoty akcie srdca zvýšené boli jednak z dôvodu teploty, ale tak isto pri nedostatočnom objeme tekutín v cievach, tie cievy podliehajú kontrakcii alebo sa siahnu a srdce pracuje rýchlejšie, pretože menší objem krvi pumpuje rýchlejšie. Aj tieto hodnoty akcie srdca sú známkou toho, že objem tekutín bol nedostatočný. O zrýchlenej akcii srdca uvádzame v našom znaleckom posudku na str. 48 sú udávané hodnoty tak ako boli zapísané v zdravotnej dokumentácii. Údaje kt. sú zaznamenané v zdravotnej dokumentácii, čo je zaznamenané v zdravotnej dokumentácii platí, veď lekár keď ordinuje liečbu tak to zaznamená do zdravotnej dokumentácie. Ordinácie vyhodnotí lekár, sestra dáva, len to môžeme brať do úvahy, to čo je ordinované a podané. Je to hodnovernejšie, pretože nejaké vyjadrenie alebo odhad je v tomto prípade nerelevantný. Podstatné je to čo je ordinované na papieri zapísané a podané, a to podľa nášho vyhodnotenia predstavovalo hodnotu 1 700 ml a nie 2 100 ml, ako bolo udávané. Ale aj keby sme brali do úvahy hodnotu 2 100 ml, v prípade maloletej D. a jej klinického stavu si dovoľím tvrdiť, že to bolo nedostatočné. Toto dieťa som neošetrovala, nebola som pri nej, ale keď vidím výsledky, kt. má, keď vidím hodnoty namerané pri meraní, teda jej fyziologických funkcií tak toto dieťa nemalo dostatočný intravaskulárny objem tekutín, to z toho vyplýva. V prípade, že sú profúzne hnačky, niekedy tá potreba sa vyšplhá aj na niekoľko litrov, tu sa musíme riadiť aj tým aká je strata tekutín, ak sme tie straty nemerali, my nevieme povedať, že koľko sme vlastne nahradili. My nevieme, aké mala straty, a pokiaľ nevieme aké mala straty nevieme odpovedať o koľko navyše nad bazálnu potrebu potrebovala. My sa v tomto prípade vieme riadiť len klinickými údajmi a klinické údaje, ktoré máme k dispozícii je len akcia srdca a potom už okolo polnoci nameraný prvýkrát krvný tlak. O objeme intravaskulárnych tekutín, o hydratácii hovoria aj hodnoty krvného tlaku, preto jeden zo záverov znaleckého posudku bolo to, že maloletá D. nebola dostatočne monitorovaná, pretože pokiaľ by bolo dieťa monitorované a bola by mala nameraný krvný tlak, kt. by bol ukazoval hodnoty mimo normu, tak to by bola tiež jedna zo známk, kt. by hovorila o tom, že tekutiny potrebuje. Dieťa malo nízky intravaskulárny objem, že malo málo tekutín. To je jasné z klinického obrazu, preto si to môžeme dovoliť povedať. Nemala naplnenú ani bazálnu potrebu, pretože hovorili sme o tom, že mala 25 kg. Vypočítali sme podľa vzorca, že to bolo 1 600 ml podľa vzorca, ale v tomto prípade, toto je absolútne nerelevantné, pretože my sa nevieme orientovať, my nevieme koľko stratila, vieme toľko len, že mala teplotu tri dni dozadu, hnačka bola deň 15-teho ešte doma. Teda straty boli už doma, to zn., že mala deficit s kt. prišla. Takže ona keď prišla do nemocnice jej tekutinová potreba sa skladala zo základného bazálneho nejakého objemu, ktorý mala dostať plus objem, kt.

mala dostať na to, aby sa nahradili straty už predošlý deň, plus objem, kt. mala dostať na to, keď mala zvýšené kvôli teplote a kvôli stále prebiehajúcej hnačke. Takže tu tá jej denná potreba pozostávala okrem bazálu z objemu, kt. bol možno taký istý veľký ako bazál, ale to my nevieme odhadnúť, pretože nevieme, pretože nebola monitorovaná a nevieme aké mala straty. Je zjavné, že tá dehydratácia od prijatia sa prehlbovala, pretože pri prijatí na Detské oddelenie do Trenčína, nález klinický takýto nebol ako prišla do Bratislavy, takže ten chýbajúci objem tekutín bol väčší a väčší sa to proste nenaplnilo alebo nenahrádzalo, ale prehlbovalo a to súvisí s tým, že tá náhrada tekutín bola malá, nedostatočná, takže je irelevantné rozporovať, či 1 600, 1 700 alebo 2 100 v tomto prípade jasne hovorí klinický obraz. Monitor vitálnych funkcií alebo životných funkcií znamená sledovanie tlaku krvi, pulzu, dychov, príjmu tekutín, výdaj tekutín. U pacienta pri kt. predpokladáme poruchu tekutinovej rovnováhy všeob. pri akejkolvek gastroenteritíde je potrebné tieto hodnoty vitálnych funkcií merať v pravidelných časových intervaloch. Tá včasnosť alebo šírka rozpätia toho časového intervalu závisí od klinického stavu, ale monitorovanie znamená sledovanie vitálnych funkcií v pravidelných časových intervaloch. U maloletej D. okrem 3 záznamov akcie srdca počas celého dňa neboli zaznamenávané žiadne hodnoty vitálnych funkcií, t. zn., že monitorovanie bolo nedôsledné, nemala zaznamenaný ani jeden graf, tlak krvi, nemala zaznamenaný výdaj moču, príjem tekutín len z odhadov a z hodnôt vitálnych funkcií len akcia srdca 3x za 24 hod.. je to málo. Povinnosťou lekára a tak isto aj personálu je viesť zdravotnú dokumentáciu a zaznamenávať všetko čo je potrebné. Podľa zdravotnej dokumentácie z kt. sme vychádzali mala maloletá D. vyšetrenú hodnotu CRP (cereaktívny proteín) a LI 6 - 3x. Prvýkrát pri prijatí pánom doktorom pri prijíme. Prvá hodnota už bola hodnota CRP teda ukazovateľa zápalu 166,23 tak isto IL6 - ukazovateľ akútneho zápalu, kt. nevyšetruje každé pracovisko bolo 4 000. Druhá hodnota, kt. kontrolovali hodnota CRP to bola v priebehu dopoludnia bola 178,33, bola táto hodnota už vyššia, už zvýšená a tu bolo práve to obdobie ako sme hovorili, že tu bol ten čas na indikáciu antibiotickej liečby. Ak sa pri prvom vyšetrení CRP, kt. už samotné toto vyšetrenie bolo hodnotou, ktorá bola jasná na indikáciu antibiotickej liečby, ale ak chceli zopakovať a chceli vylúčiť prípad hemokoncentráciu (zahustenie krvi) kedy môže byť teoreticky vyššia hodnota, keď sa vyšetrila druhá hodnota, kt. ešte mala stúpajúcu tendenciu toto bol ten bod, kedy mala byť najneskôr indikovaná antibiotická liečba, pretože hodnoty CRP svojou výškou poukazujú aj na pravdepodobnosť príčiny zápalu. Ak sú hodnoty do 70 niekde sa udáva aj nižšie vtedy je pravdepodobnosť, že príčinou zápalu je nejaké vírusové ochorenie, kt. nevyžaduje antibiotiká, ale ak tieto hodnoty presahujú 100 a dosahujú takéto hodnoty aké boli u maloletej D., nie je dôvod na pochybnosť, toto je indikácia na antibiotickú liečbu jednoznačná. Z tohto sme vychádzali. Toto sú veci, kt. sú dostupné, alebo informácie, kt. sú dostupné v každej učebnici pediatrie. Tu nebol čas čakať. J. Q. uvádza, že je dvojatestovaný pediater a detský gastroenterológ, teda má plnú kvalifikáciu pediatriku, a navyše má ešte kvalifikáciu detského gastroenterológa a vykonávala som reálnu prax na jednotke detskej intenzívnej starostlivosti pre deti 20 rokov. To prvé číslo 50 % hovorí o úmrtnosti detí, kt. majú septický šok, a tá druhá hodnota (79,9 %) tam sme uvádzali alebo citovali literatúru a údaje v literatúre, kt. hovoria o úmrtnosti vo vzťahu k podávaniu antibiotík. To je úplne niečo iné. To sú čísla, kt. sa jednoducho nedajú zrovnáť. Jedno hovorí o jablkách a jedno o hruškách, preto nemôžeme toto porovnávať. Septický šok je vyústením sepsy ku kt. nie vždy musí dôjsť, avšak v danom prípade k nemu došlo. Správna liečba zastaví rozvíjajúce sa ochorenie a vedie navrátenie zdravotného stavu do pôvodného stavu. Jej výsledkom sa sepsa nerozvinie. Keď príde výsledok vyšetrenia CRP (cereaktívneho proteínu) my na základe výšky tohto ukazovateľa vieme predpokladať, či ide o vírusovú alebo bakteriálnu nákazu. Ak sa hodnoty pohybujú do tých 70 dajme tomu do 100 ky pokiaľ nie sú trojciferné, predpokladáme alebo môžeme predpokladať alebo môžeme si dovoliť čakať a predpokladať, že ide o vírusovú nákazu. Ale pokiaľ tie hodnoty tohto ukazovateľa presahujú 100 kovu hodnotu majú trojcifernú hodnotu je takmer pravdepodobné, že ide o bakteriálnu nákazu a bakteriálna nákaza je jednoznačnou indikáciou v antibiotickej liečbe. A navyše u maloletej D. keď sa vrátíme k tomu predchorobiu a k tým operáciám a k tým ťažkostiam všetkým, kt. prekonala ona bola po spojkovvej operácii t. z. bola obídená pečeň, že sa z toho riečiska, kt. zväzda krv z dutiny brušnej, krv odvádzala priamo do obehu do veľkého obehu. A v tomto prípade pravdepodobne došlo k prestupu tých baktérií z čreva do obehu a dostali sa tie baktérie rovno do obehu, takže tu tá pravdepodobnosť, že išlo o bakteriálnu nákazu je takmer istá. Podstatou je infekcia, akákoľvek vedie v tele k zápalovej reakcii, a tá sila tej zápalovej reakcie môže byť rôzne veľká a najväčšia tá zápalová reakcia je systémová, keď je vlastne sa vyvíja sepsa a septický šok. Takže aj tá obranyschopnosť organizmu je zodpovedná za to do akej miery sa tá zápalová reakcia prejaví. A ak má človek nejaké rizikové faktory alebo má tu svoju kapacitu odpovedať na zápal zníženú, tak v tom prípade tá sila tej zápalovej reakcie je väčšia. Preto sa niekedy ťažko dá odhadnúť priebeh dopredu, pretože ten výsledný výsledok je vlastne výsledkom takej interakcie baktérií schopnosti brániť sa vlastného tela alebo vlastného organizmu. My preto nemôžeme povedať matematicky, že ten

výsledok bude taký a taký lebo to je vlastne súhra mnohých faktorov. Takže nemôžeme s istotou tvrdiť, že keby sa aj boli tie antibiotiká nasadili, že výsledok nebude taký istý. To my si nedovolíme tvrdiť, ale fakt je, že pokiaľ by tá liečba bola začatá skôr je veľká pravdepodobnosť, že by do vývoja sepsy nedošlo. Gastroenteritída je zápal žalúdka, tráviaceho traktu ako takého, je veľmi časté ochorenie v detskom veku, ochorenie prebehne rýchlo bez akýchkoľvek následkov, ale ako na druhej strane zase sa vrátim k tomu, čo som povedala, že ako je dieťa a dieťa veľký rozdiel. Pokiaľ ide o zdravé dieťa, kt. má dobrú obranyschopnosť, kt. by nebolo choré, zvládne mnoho infekcií bez akýchkoľvek väčších komplikácií a problémov, ale ak dieťa má limitované kapacity svoje, má za sebou veľa prekonaných ťažkých ochorení, má obranyschopnosť zníženú tak v tomto prípade aj bežná gastroenteritída môže byť ochorenie, kt. môže viesť ku fatálnemu koncu. IL6 síce patrí medzi reaktanty akútneho zápalu, ale štandardne sa nevyšetruje všade, ale štandardným vyšetrením jej CRP. Vyšetrenie, kt. od obvodných lekárov cez všetkých lekárov všetci vyšetrujú a považujú za markér zápalu, kt. je hodnoverný. Pokles zo 4 000 na 3 000 a následne vzostup na 6 000 IL6, ako toto sa vôbec nedá brať v tom aspekte vzostupu CRP ako ukazovať zlepšenia. Ďalšia vec ako laboratórne vyšetrenia pokiaľ sa máme vyjadriť k laboratórnym vyšetreniam, vždy to laboratórne vyšetrenie má aj nejakú laboratórnu chybu. Vždy treba rátať aj nejakou variáciou a treba pozeráť sa na to triezvo, preto aj my akceptujeme, že vyšetrovali druhú hodnotu CRP, aj toto jej jeden z faktorov, kt. si brali do úvahy a povedali sme, myslíme si, že ak prvá hodnota bola takáto vysoká a predpokladali alebo očakávali, že chceli si potvrdiť, či to tak naozaj je, tak urobili druhú hodnotu, ale druhá hodnota bola zvýšená a v tomto prípade ako prvý alebo vyššia karta je hodnota CRP nie IL6. 22. Z výpovede znalca J. D. J., F. vyplynulo, že nedostatočný monitoring maloletého dieťaťa je vyjadrený aj tým, že maloletá D. vôbec nebola odovzdaná lekárovi do služby XX.XX.XXXX. To je vec, ktorá nie je z hľadiska znaleckej činnosti pochopiteľná pri analýze bez zdravotnej dokumentácie, čo je dosť podstatná vec. To znamená, že dieťaťu nebola naordinovaná nejaká pozorovacia funkcia toho personálu alebo zvýšené pozorovanie toho dieťaťa v službe, to znamená v hodinách, keď ten život v tej nemocnici utíchne a je tam situácia trochu iná a je tam len jeden lekár, ale napriek tomu tento lekár podľa jeho výpovedí nebol informovaný o maloletom dieťati ako o dieťati, kt. treba zvýšene monitorovať a kontrolovať. Odovzdanie do služby znamená, aby pacient bol monitorovaný intenzívnejšie ako ostatní pacienti. V prvom rade je potrebné uviesť, že znalecká organizácia v tíme znalcov, tak ako sú uvedený v jednotlivých znaleckých úkonoch, analyzovala zdravotnú dokumentáciu, a taktiež v prípravnom konaní sa oboznámila aj so svedeckými výpoveďami dotknutých lekárov a zdrav. personálu. Vyhodnocovali sme teda fakty prípadu tak, ako sú zdokumentované v zdravotnej dokumentácii, kt. sme si z nemocnice v TN vyžiadali štandardným spôsobom. Nedostatočná rehydratácia pacienta vyplývala z posúdenia dokumentovaného spôsobu liečby dňoch XX -XX.XX.XXXX t. j. od prijatia pacientky až po jej transport na pracovisko do BA. Tak ako už bolo vyššie uvedené množstvo roztokov, kt. bolo podané, nehodnotíme ako dostatočné vzhľadom k predchorobiu maloletého dieťa a k jednotlivým chronickým diagnózam, kt. trpela. Okolnosť nedostatočnej hydratácie vyplýva aj z nedostatočného monitorovania telesných funkcií počas liečby, kde ak ide o pacienta kde existuje predpoklad zvýšenej straty tekutín, predpokladá sa aj pravidelné monitorovanie krvného tlaku, tepu, súboru prijatých a odovzdaných tekutín a ich objektivizácie. Takýto proces nie je možné ponechať na starostlivosti matky, aby sama matka zaznamenávala príjem a výdaj tekutín u stigmatizovaného dieťaťa, ale je nevyhnuté tieto údaje objektivizovať. Oneskorená ordinácia antibiotickej liečby je záver znaleckého posudku, kt. vychádza z laboratórných výsledkov v čase prijatia, kedy boli elevované zápalové markéry a vzhľadom k predchorobiu dieťaťa existovala indikácia na skoršie podanie antibiotika, a to vo významnej miere hlavne z preventívnych dôvodov. Táto indikácia mala byť najneskôr ordinovaná a podaná najneskôr na obed dňa XX.XX.XXXX. To sú tri hlavné piliere, kt. sa uvádzajú na str. 47 znaleckého posudku XX/XXXX. Ešte by som chcel uviesť, že zdrav. dokumentáciu maloletého dieťaťa posudzovali znalci znaleckej organizácie aj podľa jednotlivých špecializácií a na tento účel bol znalecký tím koncipovaný. Nejde teda o žiadny náhodný výber znalcov, ani znalcov mimo špecializáciu. Na str. 27 ZP uvádzame aj stav dieťaťa pri prijatí XX.XX.XXXX do Bratislavy, kde je jednoznačne konštatovaná dehydratácia, kt. vyplýva aj z klinického nálezu napr. na perách, sliznice. Citujem dutina ústna, pery a sliznice slabo hydratované, pery výrazne popraskané a vysušené, kt. klinický nález je zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii, čiže je to obraz dieťaťa, kt. bolo privezené bezprostredne do Bratislavy z Trenčína. Znalec uvádza konanie Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou pod skratkou UDZS je posudzovanie zdravotnej starostlivosti v intenciách zákona 581/2004. Ide o samostatnú inštitúciu, kt. posudzuje zdravotnú starostlivosť v intenciách tohto zákona na základe vnútorných postupov, kt. mi nepoznáme a ani sme sa neoboznámili žiadnou mierou s vnútorným protokolom o kontrole, či v prvom alebo druhom prípade. Ak dieťa alebo ktorýkoľvek iný jedinec začína mať zápalové ťažkosti a my vidíme v nemocnici, že to dieťa má zápalové parametre, kt. sú jednoznačne zápalové a tak aj vyhodnotíme, tak začíname t. z. empirickú antibiotickú

liečbu, lebo nie vždy máme k dispozícii konkrétny kultivačný dôkaz. To je per analógia. Ak ideme k lekárovi do ambulancie všeobecného lekárstva, ten lekár povie aha máte zväčšené mandle, máte 38,5 dám vám antibiotiká. Toto sa volá empirická liečba antibiotikami, čiže my veríme tomu, že sme dali antibiotiká na to, čo máme v krku. My nevieme čo tam je. My ak sa bavíme o liečbe sepsy taktiež je to na inom levely ako to je v tej ambulancii samozrejme, ale vždy sa tie antibiotiká podávajú, t. z. tam bola aj debata v tom ZP medzi lekármi, či mali byť také širokospektrálne alebo iné antibiotiká. Vždycky sa snažíme zachytiť ten najväčší možný akoby trend tých vyvolávateľov proti ktorému tie antibiotiká majú pôsobiť. A buď sa to podarí alebo sa to nepodarí. Teraz ide o to, že sledujeme zase parametre, kt. nám o tomto celom procese hovoria najviac a je veľmi aktuálne sledovať vlastne to CRP, pretože ak stále je trojciferné a stúpa, tak samozrejme my vieme, že tá antibiotická liečba je zlá, že ju musíme vymeniť, pravdepodobne, že ju musíme zmeniť, lebo to nezaberá. Lebo tú sepsu môže spôsobovať kľudne aj vírus aj huba, kľudne aj prvok. Preto sme hovorili na začiatku, že to môže byť aj tropické závažné veci, kt. vôbec zo SR sa nedajú získať, čiže preto hovoríme, že táto téma je extrémne zložitá, čiže, aby sme zabránili tomu najhoršiemu, čiže tomu septickému šoku musíme dať relatívne včasnú liečbu. Nie vždy vo všeobecnej rovine sa tá liečba dá nasadiť, ale v tomto konkrétnom prípade v kontexte nášho ZP zastávame názor, že existovali dôvody, aby tá antibiotická liečba bola podaná skôr. My netvrdíme a teraz ideme k tomu veľmi významnému. My netvrdíme, že tá antibiotická liečba, kt. by bola podaná XX.XX o 10 tej so 100 % istotou, by zabránila tomu, že by D. bola ráno o 3tej hypotenzná, tachykardická a tachypnoická a že by musela byť prevezená do Bratislavy. Preto to netvrdíme, pretože my nevieme, či by tie antibiotiká a ostatná liečba boli zabrali. To je tá podstatnosť, ale my to nevieme, ale má to jeden háčik, vtedy by poskytovaná liečba v trenčianskej nemocnici bola plne lege artis, čiže inými slovami, náš ZP by bol taký, že áno, bohužiaľ došlo k úmrtiu D. B., ale došlo k nemu aj napriek tomu, že bola v celom rozsahu správne liečená. To je ten rozdiel. Tam boli chirurgické zákroky aj na cievach, ktoré boli veľmi veľké zákroky na cievach, akákoľvek takáto okolnosť zvyšuje pozornosť zdravotníka na podanie antibiotika čo najskôr ako je len možné, pretože akýkoľvek chirurgicky výkon, pretože to je ako keď operujú chlopňu na srdci alebo má niekto operované na veľkej cieve na aorte nejaký bypass alebo na srdci bypass, tak títo ľudia pri sebe pri menšom náznaku infekcie tým, že je tam taký chirurgický zákrok na tých cievach kde sa môžu tie baktérie uchytiť okamžite sa tie antibiotiká vlastne dávajú, čo najskôr ako je len to možné. Je veľmi pravdepodobné, že to celé začalo ako gastroenteritída a tak ako vám povedala pani doktorka pri tom stave črevného traktu a pri existencii tej cievnej spojky, kt. bola strašne dôležitá u nej, pretože by inak nebola schopná žiť do toho veku, tak tá cievna spojka bola tak blízko k tomu črevnému traktu, že aj tá bežná gastroenteritída preskočila na tu cievu a začala sa vyvíjať ako sepsa. To že vznikla potom peritonitída bol už len akoby dôsledok komplikovaného ťažké stavu, ale to čo mali lekári v Trenčíne šancu o čom uvažovať bola tá gastroenteritída a ten stav dyhydratácie a tej včasnosti antibiotickej liečbe tak ako sme uviedli. Tá peritonitída je len konštatačný nález pri pitve, kt. nemôže byť nijakým spôsobom posudzovaný pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. To je len akoby len komplikácia toho celkového septického stavu a stavu konkrétneho traktu u dieťaťa. Ten septický stav tam reálne bol o tom svedčí aj vlastná prepúšťacia správa z Trenčína, kde lekári veľmi správne tento stav uviedli, čiže stav pri prepustení, to je napr. na str. 20 ZP. Buď jej mohli byť podané antibiotiká v tabletovej forme hneď pri prijatí alebo tie antibiotiká skôr pri takomto stave by bolo možné očakávať, že budú podané v rámci infúznej liečby. Rovnako ako je potom neskoršie na tej jednotke intenzívnej starostlivosti už tesne pred prekladom bol podaný typický intenzívny prípravok antibiotík MERONEN. Antibiotiká mali byť podané hneď pri prijatí. Ak neboli podané pri prijatí je možné pripustiť istý interval variability názoru odborného, že my sme vyčítali zo zdravotnej dokumentácií, že bolo čakať do obeda XX.XX.XXXX kým bola k dispozícii druhá hodnota CRP. Z tej dynamiky z tých hodnôt, keďže sa neznižovala hodnota, ale ešte sa o niečo málo zvýšila, tak si myslím, že to bola tá hranica kedy tie antibiotiká aj v rámci tej odbornej variability názorovej už mali byť podané.

23. Vo výpovedi zo dňa 18.7.2018 svedkyňa J. J. N. (ďalej aj ako „zástupkyňa ÚDZS) uviedla, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou vykonával v danej veci kontrolu 2-krát. Po 1-krát ju vykonala miestna pobočka v Trenčíne, v rámci vykonávaného dohľadu sa v tomto prípade nezistilo žiadne pochybenie FNTN. Na odvolanie podávateľa podnetu p. B., bol vykonaný opakovaný dohľad, pričom tento opakovaný dohľad začína odznova, teda nevychádza zo zistení predchádzajúcej kontroly. V rámci tohto druhého dohľadu boli prizvaní aj 2 konzultanti a to C. J. O. P. a C. J. C. B. z odboru pediatria a pneumatológia, ktoré vypracovali posudky obom dohliadaným obdobiam uvedených v danom protokole. Následne na základe týchto posudkov bol spracovaný protokol, ktorý bol zaslaný dohliadanému subjektu a oznámením o vybavení podnetu bolo zaslané podávateľovi tohto podnetu, v ktorom bolo v neodbornej reči pretlmočené zistenia protokolu. Vo vzťahu k prijatým tekutinám uviedla, že forenzic vychádzal iba z

podaných tekutín intravenózne, vôbec neprihliadal na príjem tekutín prirodzenou cestou. Uvedené, keď sčítala tzn., keď sčítala príjem tekutín intravenózne, aj prirodzenou cestou, vyšlo mi číslo 3.100 ml, s čím sa zhodovali aj konzultanti. Mám zato, že pre určenie bilancie tekutín je potrebné zaznamenávať aj príjem tekutín per os. Toto číslo som pokladala za dostatočné. Čo sa týka ATB liečby, forenzic uvádza, že ATB mali byť nasadené najneskôr po druhom vyšetrení CRP, kedy došlo k jeho miernemu zvýšeniu. Boli nasadené až po polnoci, kedy došlo k zvýšeniu CRP a zároveň k zhoršeniu klinického stavu. V danej veci sme dospeli k záveru, že bolo správne vzhľadom na závažne poškodenie pečene maloletej zvažovať, či poskytnutie ATB nemohlo zhoršiť funkciu jej pečene a preto sme akceptovali záver, že poskytnutie ATB o niekoľko hodín neskôr, bolo správne. K uvedenému ďalej uvádzam, že dieťa bolo prijaté pre gastroenteritídu, pričom väčšina týchto ochorení je spôsobená vírusom a na vírusy sa na ATB nenasadzujú. Čo sa týka monitoringu vitálnych funkcií, tento sme vyhodnotili správne, nakoľko dieťa bolo prijaté na štandardne oddelenie, kde je štandardom monitorovanie vitálnych funkcií, iba počtu dychov a pulzové frekvencie, pričom tieto boli kontrolované každé 4 hodiny, čo vzhľadom na oddelenie sme považovali za nadštandardne a nie je možné očakávať, že na bežnom oddelení bude dieťa kontinuálne napojené na monitor, ktorý bude zaznamenávať aj ostatné funkcie napríklad každých 10 minút. Po preložení na JIS oddelenie jej boli monitorované aj ostatné vitálne funkcie kontinuálne. 4-hodinové opakovanie kontroly vitálnych funkcií bolo nariadené s prihliadnutím na jej predchorbie. Vychádzala jednak zo zdravotnej dokumentácie a jednak z bilančného listu, ktorý uvádza, že per os pacientka prijala 1.100 ml. Dieťa pri prijatí nejavilo známky výraznej dehydratácie, preto bolo v súlade s lekáorskými postupmi podať 2 bonusy tekutín po 250 ml a následne ich podávať pomalšie. Štandardný príjem tekutín pri zdravom tekutín je 80 ml na kg, čo sa zvyšuje v prípade zvýšenej telesnej teploty, ako aj pri stratách vyvolaným riedkou stolicou alebo zvracaním. Vzhľadom nato, že dieťa nejavilo príznaky dehydratácie, bol tento postup pokladaný za správny. Dané ochorenie odôvodňuje opatrný postup pri rehydratácií, nakoľko môže dôjsť k objemovému preťaženiu a celá hospitalizácia trvala 27 hodín, čiže to postupné podávanie infúzií bolo primerané. Časový odstup medzi vyšetreniami CRP bol adekvátny, keďže sa CRP vyšetrenie robí 1 - 2x za deň, vždy je tam nejaký reakčný čas na tú systémovú odpoveď organizmu. Výdaj tekutín nebol zaznamenávaný. Mohlo sa sledovať výdaj tekutín s tým, že v tej dokumentácii mi chýbala informácia o množstve moču, čo ale nie je bezpodmienečne nutné, pretože množstvo moču je možné predpokladať na základe vývoja hemodynamických funkcií, čo znamená, že dieťa prestáva močiť vtedy, keď má nízky objem tých tekutín a prípadne klesá tlak. Poznám hodnoty núdzovej frekvencie, poznám hodnoty tlaku dieťaťa, tak viem predpokladať, že pri danom tlaku dieťa močilo, čiže táto hodnota mi tam chýbala. Nebolo to sledované v tej nemocnici. Zaznamenávané sú len stolice, že keď malo dieťa riedku stolicu, tak je to tam zaznačené, prípade, že určite obdobie stolicu nemal, to je tiež zaznamenané. Ale nie je zaznamenané množstvo moču. Na základe pulzovej frekvencie tlak dieťaťa, pokiaľ nie je meraný invazívne je vždy menej spoľahlivým ukazovateľom, pulzová frekvencia je takým výpovedným faktorom, že pokiaľ tá pulzová frekvencia nebola nejako výrazne zmenená, tak sa dá nato spoľahnúť. Tá hodnota tlaku mohla byť tiež viackrát meraná ale prihliadame vždy nato, že sa jednalo o štandardné oddelenie. Nejednalo sa o intenzívku, nie ani o ÁRO. Dehydratácia vznikla už v Trenčíne, tesne pred prekladom. Pri septickom šoku do ktorého sa dieťa dostalo, dochádza k prestupu tekutín do tzv. tretieho priestoru, tzn., že dieťa navonok ne stráca tekutinu, dokonca nemočí ale napriek tomu sa cirkulujúci objem tekutín znižuje v zmysle opuchov a v zmysle presakovania do orgánov. Pri septickom šoku to napreduje veľmi rýchlo a je to otázka skutočne pár hodín, kde dôjde k tej strate tekutín do toho tretieho priestoru. Sumárne jej vyšiel príjem tekutín okolo tých 3.100 ml. nedá sa vylúčiť, že aj pri hydratácii, monitorovaní, nasadení ATB skôr že by nedošlo k septickému šoku, pretože s prihliadnutím na ochorenie dieťaťa, ktoré bolo ťažko choré sa takýto stav mohol rozvinúť aj pri liečbe, ktorú vy hovoríte. Dieťa malo závažné ochorenie, ktoré ho výrazne limitovalo. Takáto situácia mohla nastať aj hocikedy predtým ale aj neskôr. Nedá sa to povedať, či by táto situácia bola zvládnutá pri nasadení ATB. K preloženiu dieťaťa na JIS-ku dochádza keď dôjde k takej zmene klinického stavu, že dieťa vyžaduje denný monitoring. Tá okolnosť nastala v čase, keď došlo k vzniku brušných príznakov, kde chirurg verifikoval v pravom dolnom kvadrante bruška sa objavilo peritoneálne dráždenie, že sa v tom brušku niečo dialo. Nejaká infekcia predstúpila z toho cirkulujúceho obehu do podbrušnej dutiny, kde následkom toho bolo dráždenie. K predstupu infekcie do oblasti podbrušnice nepredchádza len pri perforácií. Dochádza tam aj k hematogénnym rozsevom, tzn., že všade, kde sú nejaké mikrocievy kam preniká krv, môže preniknúť aj baktéria alebo nejaký mikroorganizmus, ktorý infekciu spôsobí. Ona mala závažnú operáciu čriev za sebou, vzhľadom nato, že jej bolo zresekované tenké črevo a tam ten celý priestor bol menený zrastami. To sa prejavilo aj v neviem ktorom roku, keď došlo k poškodeniu ciev. K tomu, že tvrdíte, že vaše dieťaťko nemalo smrteľné ochorenie nie je pravda. Vaše dieťa a priori malo smrteľné ochorenie, malo závažne poškodenú pečeň

a bez pečene sa žiť nedá. Bolo to poškodenie, ktoré bolo nezvratiteľné riešením pre ťažko poškodenie pečene.

24. Žalobkyňa 2/ na pojednávaní konanom dňa 26.9.2018 uviedla, že napriek chorobe, zlému zdravotnému stavu bola D. komunikatívna. Chodila s deťmi do školy, nastúpila aj prvý mesiac do školy. Jej 16 – ročná sestra to stále znáša ťažko. Po jej smrti som stále na tabletkách, moja mama je na tabletkách, sesternica a bratrance sa stále pýtajú kedy príde. Boli sme šťastní. Žili sme ako jedna rodina. Nedávala na seba poznať, že má bolesti. Bola som pri nej do poslednej chvíle. Lekári hovorili, že D. dopadne najhoršie ako môže. Keď jej začali odchádzať orgány, pustili ma k nej. Zavolala som manželovi nech príde s tým, že je D. na tom zle. Prišiel so sestrou. Nevedela som ako mám povedať, že už spolu neprídeme k rodine. Moc si z toho obdobia nepamätám. Fungovali sme ako rodina. Rodina bola pri nás. Vďaka nej sme to všetko zvládli. Manžel pracuje ako šofér a nemohol byť na tabletkách po tom všetkom. Stále som čakala, že odniekiaľ príde. Každý deň chodíme na cintorín. Už sa nevieme tak potešiť, bojíme sa každých Vianoc, jej narodenín. Vianoce oslavujeme už len kvôli G. – staršej dcére. Mám pocit, že sa cítim stále horšie. Vôbec nie je pravda, že čas zahojí každú ranu. Keď ideme okolo spolužiakov predstavujeme si ako by Ninka vyzerala. Stále sa o nej rozprávame. Keď prídu návštevy rodičia im povedia, aby sa na D. nepýtali, aby teta neplakala.

25. Žalobca 1/ na pojednávaní konanom dňa 26.9.2018 uviedol, že D. bola najskvelejšia. Keď chcela ísť von sa vypýtala, bola s ňou vonku vždy plná ulica. Všetky deti vyťahla von. Po jej smrti je ulica prázdna, deti ako by sa báli prísť, že by nám to ublížilo. Niekedy pre ňu vypúšťajú balóniky, hoci kedy s tým, že sú pre ňu. Nedá sa im odpovedať na otázku kedy sa vyspí a vráti sa. Musel som ísť do roboty. Nemohol som brať lieky. Celý čas sme boli na telefóne s kolegami. Sme sa rozprávali a kolegovia sa snažili, aby som prišiel na iné myšlienky a nezaťažoval sa tým. Báli sme sa, aby sa niečo nestalo. Dost' to pomohlo, keby som ostal doma asi by som sa zbláznil. To si nikto nevie predstaviť, nikomu to neprajem. Keď vidíte ako vám dcéru nakladajú do pohrebného vozidla. Doteraz nepochopím ako sme to všetko mohli zvládnuť, museli sme fungovať skutočne ako roboti. To nie je život, to je len prežívanie. Druhá dcéra nám dáva zmysel života, sme tu len kvôli nej. Keď zomrie napr. manželka tak je to bolesť a myslíte na to, čo bolo, avšak keď zomrie dcéra je to dvojnásobná bolesť, nakoľko myslíte na to, čo bolo a čo by mohlo byť. Keď vidím jej rovesníkov myslím na to ako by vyrástla.

26. Svedkyňa J. N. na pojednávaní dňa 16.7.2020 uviedla, že pri hodnote IL6 vo výške 4834 piktoqramov na mililitr, išlo jednoznačne o ťažký zápal. CRP nad 100 je považovaný za septickú hodnotu. Je jednoduché povedať, že keď sú pozitívne zapálené markery, že automaticky sa musí nasadiť ATB. Nasadenie ATB je tiež medicínsky úkon, ktorý prináša určité riziká a je nevyhnutné zvažovať jej nasadenie. U pacientky bol predpoklad, že sa jedná o gastroenteritídu, nie každá gastroenteritída sa lieči nasadením ATB. Navyše salmonelová, teda ak by bola potvrdená salmonelová gastroenteritída, tam sa primárne ATB nenasadzujú s tým, že podľa môjho vedomia teda, následne aj pacientka mala ťažkú hepatopatiu, kde nasadenie ATB je tiež zvažované, ako to oddialenie nasadenie ATB, malo svoje opodstatnenie. pulzová a dychová frekvencia vždy reagujú na ten istý priebeh, tzn., že v prípade zhoršenia stavu samozrejme reaguje ale hovorím, to vždy korelovalo vždy k tej teplote. Áno, samozrejme existujú aj ATB ktoré sa podávajú pacientom s chorou pečeňou. Ťažký zápal je veľmi široká definícia. U pacienta sa môže jednať o rôzne etiologické agens u ktorých nie vždy je indikovaná 100%-tná ATB liečba. Z nášho pohľadu, ten postup bol správny. pacientke, podľa toho ako som ja zrátala, podľa zdravotnej dokumentácie bolo intravenózne podaných 1870 ml, per os 1200 ml, čo je sumárne 3170 ml za 27 hodín hospitalizácie. U dieťaťa, ktoré má 25 kg je bazálna potreba 1600 ml, pri zvýšení teploty kontinuálne podotýkam, čo ona nemala kontinuálne zvýšenú teplotu, sa o 1 stupeň potreba zvyšuje o 10%. Čiže, ak by sme zrátali zvýšenie aj o 2 stupne, čiže ako keby mala kontinuum 39, tak tá bazálna potreba by bola 1920 ml, čo je veľmi vzdialené ešte od podaných 3170 ml. V dokumente ktorý mám tu na súde k dispozícii (bilancia tekutín) je uvedené XX.XX. per os v prvom riadku 750 ml, v druhom riadku 150 ml, v treťom riadku 300 ml, podčiarknuté, XX.XX. XXX ml, to je tu uvedené. Prvá hodnota IL-6 bola 4834 a opakovaná bola 3164 čiže zápalové parametre klesali. Septický šok, incipientne začínal tesne pred prekladom, počas prekladu sa zhoršil, s klinickými prejavmi septického šoku bola prijatá. Vychádzali sme z údajov zo zdravotnej dokumentácie že dieťa bolo umiestnené na JIS na detskom oddelení FN v Trenčíne. Nevieť mechanizmus akým spôsobom to majú oni (zapisovanie bilancovania tekutín), každé oddelenie, každé pracovisko má svoj štýl zaznamenávania, kde oni práve preto, majú ten svoj bilančný lístok a bilanciu sumárne aby sa to tam uviedlo komplexne, čiže oni majú zrejme nejaký spôsob či to zaznamenajú priebežne alebo sumárne, alebo naraz, po ukončení pracovnej zmeny.

27. Vo výpovedi na pojednávaní dňa 16.7.2020 svedkyňa J. P. uviedla, aby obraz trochu otočili. Dieťa zomrelo na peritonitídu, cirku skriptnú. Za 42 rokov praxe sa stretla s týmto ochorením len 2 krát. V jednom prípade dieťa zomrelo a v druhom prípade, to som ešte bola mladá lekárka, môj starší kolega prakticky donútil chirurgov aby, vtedy neboli CT-čka, vtedy neboli magnetické rezonancie, a vtedy donútil chirurgov aby to brucho otvorili a pozreli sa, čo tam je, pretože celý ten obraz bol veľmi nejasný a to dieťa prežilo len vďaka tomu, že vlastne ten vačok hnisavý, ktorý tam bol, povedané laicky, vyčistili. V tomto prípade, samozrejme dieťa zomrelo na tú nepoznanú diagnózu, tú nepoznali ani v Bratislave, neodhalili príčinu, ktorá bola. Myslím si, mám zase na druhej strane skúsenosti s liečbou peritonitídy, v rámci hemodialýzy, pardon, v rámci peritoneálnej hemodialýzy, pretože ako šéfka prvej detskej kliniky, na ktorej D. aj ležala, na ňu si doteraz pamätám, keď som bola na vizite, keďže sme tam liečili tieto peritonitídy, nikdy sa nedali liečiť jedným ATB, vždy bolo treba minimálne 3 ATB, tzn., to bola peritonitída, ktorú sme očakávali, lebo keď dieťa má peritoneálnu dialýzu, tak my vieme, že raz, povedzme za 18 mesiacov, hrozí táto hrozba, čiže očakávame, preto to tie deti prežijú ale tu neboli žiadne známky toho, až potom sa vlastne objavilo, až o tej tretej, že má tie bolesti brucha, že je peritoneál. Dovtedy, napríklad tu mám taký záznam, že dieťa bez peritoneálneho dráždenia, ešte 19:50 J. H., bez peritoneálneho dráždenia, hrdlo bledé, sliznice vlhké, čiže to bola pre mňa dôležitá informácia. Ja osobne si myslím a prikladám sa samozrejme k tomu názoru, že to ATB, sa mohlo podať skôr, k tomu sa prikláňam a pozrite sa, povedzme to prvé berem, že nepodali ATB, lebo ešte jeden parameter nebol spomenutý a síce ten, že ona mala to prvé CRP 166 ale leukocyty mala ešte v norme. A čo je dôležité pre mňa, ako pre starého klinika, ktorý vlastne začínal bez týchto všetkých pomocných možností, čo dnes máme, že ten leukogram, tzn., že tie druhy leukocytov, ktoré sú v tom leukograme, boli vtedy normálne, tzn. vtedy to začínalo, leukogram bol v norme. Povedzme, že vtedy nedali ATB kvôli tomu, domnievali sa, že možno je tam salmonelóza. Pri salmonelle je dôležité, teda ak sa dá, tak nelieči tú salmonelózu ATB, pretože ona potom sa usídli v žlčníku, kde ďalej produkuje tie salmonely ale čo sa týka toho ďalšieho, pritom ďalšom CRP, ja už by som to ďalšie ATB podala. Ja by som ho podala, ale vzhľadom nato všetko, že tá diagnóza nebola stanovená ani Bratislavou, bola stanovená žiaľ až pri pitve, tak vzhľadom nato si myslím, že to čo mohli, urobili v Trenčíne, až nato ATB. Čo sa týka tekutín, okrem toho, že som to tak isto počítala, tak predsa pre mňa je smerodajné aj to, ako sa vyjadrí nemocnica, ja predsa musím veriť tej nemocnici. Už pri tom prvom CRP 166, išlo o bakteriálnu infekciu. Určite má svoj význam samozrejme aj IL. Ja ten IL veľmi neuznávam, musím povedať pravdu, mne stačí k tomu práve to CRP. Ja ten IL-6 ani neordinujem ani ho neuznávam, ako ten parameter, ktorý by mne pomohol v mojich rozhodujúcich diagnostických procesoch. Informáciu o tom, že podľa nej malo byť ATB ordinované skôr do protokolu neuviedla, za čo sa ospravedlnila. Uvedené však jej názor na postup lege artis nemení. Jej hodnotenie na dnešnom pojednávaní je urobené ex post. Je si vedomá že nie je možné posudzovať zdravotnú starostlivosť podľa pitevného nálezu.

28. Znalec J. D. J., F. na pojednávaní konanom dňa 16.7.2020 uviedol, trváme na všetkých záveroch v znaleckom posudku číslo XXX/XXXX. V prvom rade každý pitevný protokol, má presne radenie diagnóz, v tomto prípade je to kľúčová a bytostne podstatná informácia, ktorú treba povedať, tzn., po pitve lekár, ktorý vykonal pitvu, vykoná aj laboratorne mikroskopické vyšetrenia a uzavrie pitevný protokol. Diagnózy, ktoré zistí, nie sú náhodne zadané do systému ale majú presné svoje miesto. Takže, ak dnes tvrdíme, že príčinou smrti maloletého dieťaťa D. B., bola cirku skriptná fibrino hnisavá peritonitída v oblasti burza omentalis tak necitujeme pitevný protokol správne. Takže základná choroba, ktorá privodila smrť, bola nešpecifická chronická enterokolitída, teda diagnóza rovnaká, na ktorú bolo dieťa liečené, to po prvé. Po druhé, komunikáciou tejto diagnózy bola zistená cirku skriptná, t.j. ohraničená fibrino hnisavá peritonitída, čo znamená, fibrín a hnis, ktorý sa zalepí v oblasti peritonea, teda podbrušnice, v konkrétnom mieste na jednom mieste dutiny brušnej, to je komplikácia základnej príčiny, nie je to ani základná príčina smrti a nie je to ani bezprostredná príčina smrti. Bezprostrednou príčinou smrti podľa strany 32 a citovania pitevného protokolu, je diagnóza sepsy. Komplikovaný nález v dutine brušnej predstavuje komplikáciu základného ochorenia. Nejde teda o príčinu smrti, ktorá by nebola rozpoznaná. Ďalej by som rád povedal, v rámci znaleckej činnosti a tu je rozdiel medzi dohľadom na mieste, ktorý realizuje Úrad pre dohľad a znaleckou činnosťou, my sa nemôžeme spoľahnúť nato, že nemocnica vyhlási, že sme dieťaťu podali toľko a toľko ml tekutín. Znalec môže k tomu prihladať, môže prihladať k svedeckej výpovedi ale ak nemocnica vo svojom stanovisku, s ktorým pracuje úrad povie, my sme dali 3564,5 ml tekutín, pre znalca táto informácia nemá žiadnu hodnotu, vysvetlím prečo. Jediným a základným substrátom posúdenia ex ante, poskytovania zdravotnej starostlivosti je zdravotná dokumentácia. Pokiaľ v zdravotnej dokumentácii sú napísané údaje o podávaní tekutín maloletému dieťaťu, tak z týchto informácií je možné extrapolovať ich celkový objem, ktoré boli podané, jednak per os, tzn. cez ústa a jednak do žilového systému. Ak v tejto miestnosti, v tejto chvíli, sedia štyria atestovaní

lekári, ktorí sa nevedia zhodnúť na tom, koľko tekutín bolo dieťaťu podané, tak je niekde problém a ten problém nie je na strane posudzovacích lekárov v tejto miestnosti ale na strane toho, kto tie záznamy robil. Ak dieťa je prijaté pri hodnotení ex ante do nemocnice, XX.XX. v čase 00:48 a jeho prijímajúci lekár, ktorý je uvedený v ZP na strane 43 J. L. L., uvedie, že je prijaté dieťa pre gastroenteritídu z vývojom dehydratácie, čo prakticky znamená, že dieťa je na ceste do odvodnenia a ak následne je prijaté XX.XX.XXXX na kliniku anestéziológie a resuscitácie s evidentnou dehydratáciou a známkami dehydratácie, tak máme dva stavy, nehodnotíme ich dynamiku ešte, hodnotíme, len porovnávame dva stavy stavu A a stavu B. Z povahy stravy tekutín je potrebné povedať, že nešlo o dieťa, ktoré bolo štandardné, na ktorého by sa vzťahovali učebnice. Za 7 ročný život, to dieťa bolo, my tomu hovoríme, medicína poznám pojem – stigmatizované, znamená, že osud mu do toho života dal viac problémov ako 7 ročný život dieťaťa je schopný uniesť, pretože toto dieťa malo problémy od samého narodenia, už pri narodení malo ťažkosti, ktoré súviseli aj s tehotenstvom matky. To dieťa bolo po resekcii tenkého čreva, tzn., že významná časť tenkého čreva bola odstránená. To dieťa, malo zápal pečene a prekonal trombózu portálnej žily, ktorá je svojim priemerom obrovskou cievnou štruktúrou v dutine brušnej a znamená to, že keď jej ako novorodencovi kanilovali pupočníkovú cievu, tak došlo k nežiaducej komplikácii trombóze, teda upchatiu tej portálnej žily. Z toho vyplýva, že nešlo v žiadnom prípade o štandardné dieťa, takže s týmto vedomím, aj keby išlo o akúkoľvek banálnu infekciu s ktorou bolo dieťa privezené do FN v TN, nie je možné hovoriť o štandardizovanom pomere, tzn. hodnotenie začína tým, že si musíme uvedomiť, že FN v TN disponovala informáciou, že dieťa nie je štandardné čo sa týka kompenzácie zdravotného stavu. Ak zo všetkých spisových podkladov, ktoré sme mali k dispozícii a tým základným spisovým podkladom je zdravotná dokumentácia, vyplýva, že je tam jeho osobná anamnéza, toho dieťaťa, tzn. lekár aj zdravotníctvo deklaruje, že vie o tom, že to dieťa nie je štandardné. Až teraz môžeme hodnotiť postup, pretože toto je ex ante. Toto sú východiskové body programu, až potom môžeme zohľadňovať epidemiológiu, salmonelu, ATB, pečeň, hypersplenizmus a všetko ostatné, lebo toto boli vstupné informácie s ktorými nepochybne, FN v TN disponovala. Dieťa bolo predtým hospitalizované v llave, bolo predtým hospitalizované v Bratislave, opakovane, malo závažné výpony portokaválnych spojok a taktiež sklerotizácie varixov, aby bolo jasné o čom sa rozprávame, sklerotizácia varixov je diagnóza, ktorú majú ľudia s cirhózou pečene, keď majú 50, 55, 60 rokov, nemusím hovoriť o tom, že tá cirhóza môže mať aj pôvod v užívaní alkoholu, napríklad, takže ak u 7 ročného dieťaťa je nevyhnutné robiť portokaválnu spojku a opakovane sklerotizovať varixy, tak si asi vieme predstaviť, čo do stratifikácie zaradenia tohto dieťaťa, o čom sa rozprávame v tejto miestnosti. Ani napriek tomu, že by dieťaťu bola poskytnutá 100 % starostlivosť lege artis, nie je možné medicínsky zaručiť a nie je možné percentuálne vyčíslieť, že by bolo došlo k jednoznačnej záchrane života tohto dieťaťa. V každom prípade, však postupom non lege artis, sa tieto šance postupne dosť výrazne znížili. Nemôžeme prijať premisu, že dieťa sa dostalo do kritického stavu dehydratácie až v Bratislave alebo pri transporte. Pretože, máme nato dôkaz, ktorý čítame v zdravotnej dokumentácii, tzn. ak lekár, pri prijatí pacienta do nemocnice napíše, že je na ceste do dehydratácie, tzn. napíše incipientná dehydratácia, tak sa nemôžeme uspokojiť s tým, že to dieťa bolo prijaté v poriadku, čo sa týka vodného hospodárstva. Únik do tretieho priestoru, čo myslíme celým týmto pojmom? V prípade zápalového postihnutia črevného traktu alebo žalúdka, ale najčastejšie črevného traktu, pretože tam je tá sliznica uspôsobená najviac na prácu s vodou. Cez ten žalúdok tá voda len prejde, ale to črevo má najväčšiu schopnosť absorpcie. Dochádza k tomu, že ak je tá sliznica toho čreva zapálená, tak sa mení priepustnosť ciev, ktoré sa nachádzajú v stene toho čreva a dochádza k tomu, a to je aj dôvod, prečo sú veľké objemné hnačky, vodnaté, pri infekčných ochoreniach čreva, že sa ten tok otočí. Za normálnych okolností tekutina je tak cenná pre organizmus, že sa z lúmenu čreva, musí dostať do cievy, tak to funguje. Pri zápale sa ten tok otočí a tá tekutina z ciev, sa dostáva do lúmenu čreva a spolu s jeho chabým obsahom, ide von. To je ten únik do toho tretieho priestoru. Nevieme celkom presne, keď nevieme, koľko tých hnačiek bolo, tak my nevieme odhadnúť ani náhodou, aká mohla byť táto strata, pričom tá strata je bytostne dôležitá, ak máme pacienta, ktorý má zápalovým príznakom hnačku, tzn. nemôžeme sa dívať, či vracia, či sa potí, či je plienka mokrá alebo neni mokrá, koľko má moču, to je sekundárna vec ale v prvom rade musíme monitorovať to, čo je vedúci príznak, čiže to je tá hnačka. Ak všade v zdravotnej dokumentácii sú straty a podané tekutiny písané na nulu, o čom sa tu vlastne rozprávame, čo je to 1360 ml, čo je to 680 ml, prečo tam nie je 1435 ml podaných ? Čo to je, že podali sme 20 ml + infúzia a ostatné sme vyplili, čo je to vlastne za informácia? My ju nevieme verifikovať. To sú informácie, ktoré sú veľmi dobré na papieri, ale v reálnom živote interpretácie toho pacienta, ja neviem, prečo sa infúzia po 20 ml vyplila. Preto musíme vychádzať iba z toho, čo je v dokumentácii a prihliadať nato. Mechanizmus toho vývoju, toho zápalu bol taký, že naozaj pacientka strácala, do toho tretieho priestoru, asi najviac tých tekutín. No ale to je presne aj v druhom kole odpoveď, že ak teda strácala do toho čreva, tak musela z vonkajšieho prostredia dostať. A

ešte upozorňujem nato, že ak je pacient po resekcií čreva, tak tá schopnosť absorpčná, tzn. predstavte si, že to je to, že mám špongiu vo svojej vlastnej kúpeľni a ja túto špongiu na polovičku prerežem, tak mám polovičnú špongiu, čiže tá polovičná špongia, absorbuje polovičné množstvo vody, keď utieram tú vaňu. Z toho vyplýva, že ak teda viem, že to črevo nefunguje, lebo tam to tenké črevo nie je, tak potom asi ťažko si viem predstaviť, že to dieťa vypilo perorálne, to okamžite išlo preč do toho tretieho priestoru, čiže v konečnom dôsledku ten príjem cez ústa, je najmenej podstatný, o čom sa tu rozprávame. Pri tom dieťaťu, jedine parenterálna liečba do žily je principiálna liečba dehydratácie, nie to, že ja vypijem 4 minerálky, lebo som dehydratovaný a už som zrazu v poriadku. Takto ten ľudský organizmus, bohužiaľ nefunguje. Nefunguje hlavne preto, lebo je zapálené črevo, ktoré v tom organizme je, aj to, ktoré je ešte vlastne redukované tou operáciou.

29. Podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti a službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti poskytovateľ je povinný poskytovať zdravotnú starostlivosť správne. Zdravotná starostlivosť je poskytnutá správne, ak sa vykonajú všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby s cieľom uzdravenia osoby alebo zlepšenia stavu osoby pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej vedy.

30. Podľa článku 19 ods. 2 Ústavy Slovenskej republiky, každý má právo na zachovanie ľudskej dôstojnosti, osobnej cti, dobrej povesti a na ochranu mena, každý má právo na ochranu pred neoprávneným zasahovaním do súkromného a rodinného života a každý má právo na ochranu pred neoprávneným zhromažďovaním, zverejňovaním alebo iným zneužívaním údajov o svojej osobe.

31. Podľa § 11 Občianskeho zákonníka fyzická osoba má právo na ochranu svojej osobnosti, najmä života a zdravia, občianskej cti a ľudskej dôstojnosti, ako aj súkromia, svojho mena a prejavov osobnej povahy.

32. Podľa § 13 ods. 1 Občianskeho zákonníka fyzická osoba má právo najmä sa domáhať, aby sa upustilo od neoprávnených zásahov do práva na ochranu jeho osobnosti, aby sa odstránili následky týchto zásahov a aby mu bolo dané primerané zadost'učinenie.

33. Podľa § 13 ods. 2 Občianskeho zákonníka pokiaľ by sa nezdalo postačujúce zadost'učinenie podľa odseku 1 najmä preto, že bola v značnej miere znížená dôstojnosť fyzickej osoby alebo jeho vážnosť v spoločnosti, má fyzická osoba tiež právo na náhradu nemajetkovej ujmy v peniazoch.

34. Podľa § 13 ods. 3 Občianskeho zákonníka výšku náhrady podľa odseku 2 určí súd s prihliadnutím na závažnosť vzniknutej ujmy a na okolnosti, za ktorých k porušeniu práva došlo.

35. Ako základné hodnoty osobnosti každej fyzickej osoby uvádza Občiansky zákonník v § 11 výslovne život, zdravie, občiansku česť a ľudskú dôstojnosť, ako aj súkromie, meno a prejavy osobnej povahy. Generálna klauzula ochrany osobnosti obsiahnutá v ustanovení § 11 Občianskeho zákonníka bola prispôsobená Listine základných práv a slobôd zákonom č. 509/1991 Zb. účinným od 1. januára 1992, odkedy až do súčasnosti toto ustanovenie znie tak, že fyzická osoba má právo na ochranu svojej osobnosti, najmä života a zdravia, občianskej cti a ľudskej dôstojnosti, ako aj súkromia, svojho mena a prejavov osobnej povahy. Účinnosťou tohto zákona bola pod ochranu osobnosti zahrnutá aj ochrana súkromia, ktorá zahŕňa právo na nerušený osobný život, duševný pokoj, nedotknuteľnosť života jednotlivca v kruhu jeho najbližších. Jednou z hodnôt osobnosti každej fyzickej osoby ako celku, ktorej rešpektovanie musí občianske právo voči subjektom v rovnakom postavení zabezpečovať, je právo na súkromie. Obsah práva na súkromie, je nutné určovať so zreteľom na ústavné predpisy a ustanovenia medzinárodných zmlúv o ľudských právach a základných slobodách uvedených v článku 154c ods. 1 Ústavy Slovenskej republiky, v ktorých má pozitívna zákonná úprava práva občana na súkromie svoj prirodzeno-právny zdroj. Súčasťou súkromného života je nepochybne tiež rodinný život zahrňujúci vzťahy medzi blízkymi príbuznými a rešpektovanie súkromného, teda i rodinného života musí zahrňovať do určitej miery právo na vytváranie a rozvíjanie vzťahov s ďalšími ľudskými bytosťami, aby tak bolo možné okrem iného tiež rozvíjať a naplňovať vlastnú osobnosť.

36. Podľa ustanovenia článku 8 odseku I Dohovoru o ochrane ľudských práv a základných práv a slobôd, publikovaného pod č. 209/1992 Zb., každý má právo na rešpektovanie svojho súkromného a rodinného života, obydľia a korešpondencie. Z ustanovenia článku 17 Medzinárodného paktu o občianskych a politických právach publikovaného pod č. 120/1976 Zb. vyplýva, že nikto nesmie byť vystavený svojvoľnému zasahovaniu do súkromného života, rodiny, domova alebo korešpondencie a každý má právo na zákonnú ochranu proti takým zásahom alebo útokom. Právo na súkromie v rôznych poňatiach môže zahŕňať tak ochranu rodinného života, súkromie obydľia, listové tajomstvo, ako aj ochranu cti, povestí človeka, či ochranu pred neoprávneným zhromažďovaním údajov o osobe. V ústavnej rovine je zakotvené v článku 16 Ústavy Slovenskej republiky - nedotknuteľnosť osoby a jej

súkromia je zaručená, obmedzená môže byť len v prípadoch ustanovených zákonom; článku 19 ods. 1 - každý má právo na ochranu pred neoprávneným zasahovaním do súkromného a rodinného života.

37. Podstatou rodinného života je oprávnenie fyzickej osoby utvárať, udržiavať a rozvíjať vzťahy medzi členmi rodiny založené na silných citových väzbách. Ak medzi fyzickými osobami existujú sociálne, morálne, citové a kultúrne vzťahy vytvorené v rámci ich súkromného a rodinného života, môže porušením práva na život jednej z nich dôjsť k nedovolenému zásahu do práva na súkromie druhej z týchto osôb. Takýmto protiprávnym zásahom tretej osoby do práva na súkromie, resp. práva rodinný život môže byť ďalšiemu účastníkovi vzťahu spôsobená taká ujma, ktorá mu čiastočne alebo úplne bráni naplno napĺňať jeho citové potreby, t.j. nemajetková ujma postihujúca inú ako majetkovú sféru osobnosti, sféru osobnostnú, ku ktorej nepochybne patrí aj citová (emocionálna) ujma. Ak dôjde k smrti jedného z členov rodinného vzťahu, pozostalá osoba môže utrpieť citovú ujmu vo forme šoku, smútku zo straty blízkej osoby a takisto aj spoločenstva (vzťahu) s blízkou osobou.

38. Osobnosť, ktorá je chránená prostredníctvom všeobecného osobnostného práva, v prípade, ak došlo k zásahu do tohto práva, má možnosť využiť právne prostriedky ochrany osobnosti, ktoré sú exemplifikatívne uvedené v ustanovení § 13 Občianskeho zákonníka. Prichádzajú do úvahy, pokiaľ hrozí alebo je spôsobená ujma v osobnostnej nemajetkovej sfére a majú rôznu povahu. Jednotlivé prostriedky na ochranu osobnosti sú relatívne samostatné. Je možné ich použiť jednotlivo alebo kumulovane, taktiež v závislosti od intenzity protiprávneho zásahu do osobnostnej sféry fyzickej osoby. Ktoré z týchto právnych prostriedkov príslušná fyzická osoba na ochranu svojej osobnosti uplatní, bude závislé v prvom rade na jej vôli ovplyvnenej predovšetkým intenzitou a povahou protiprávneho zásahu. Zákon výslovne pripúšťa možnosť podania návrhu na upustenie od neoprávnených zásahov (negatívna žaloba), výslovne prípustný je aj návrh na odstránenie následkov už uskutočnených zásahov (reštitučná žaloba) a návrh na poskytnutie primeraného zadosťučinenia (satisfakčná žaloba), ktorá nemá charakter peňažnej náhrady, teda nejde o majetkové plnenie, ale je výlučne prostriedkom morálneho, imateriálneho pôsobenia, so satisfakčnou povahou, najčastejšie vo forme ospravedlnenia. V prípade, ak by sa nezdalo morálne zadosťučinenie postačujúce, umožňuje Občiansky zákonník v § 13 ods. 2 priznať náhradu nemajetkovej ujmy v peniazoch, ktorej účelom je vyvážiť a zmierniť nemajetkovú ujmu peňažnou formou a plní tiež satisfakčnú funkciu. Právo na náhradu nemajetkovej ujmy v peniazoch vzniká predovšetkým vtedy, keď morálna satisfakcia ako rýdzo osobné právo, na vyváženie a zmiernenie nepriaznivých následkov protiprávneho zásahu do osobnostných práv nestačí. Predpokladmi vzniku nároku na náhradu nemajetkovej ujmy sú: existencia ujmy, porušenie právnej povinnosti, resp. protiprávny úkon, príčinná súvislosť medzi touto ujmomou a protiprávnym konaním. Pre určenie výšky primeraného finančného zadosťučinenia sú stanovené dve kritériá, z ktorých musí súd vždy vychádzať - a to závažnosť vzniknutej nemajetkovej ujmy a okolnosti, za akých došlo k neoprávnenému zásahu. Určenie výšky náhrady nemajetkovej ujmy v peniazoch sa preto v zmysle § 13 ods. 3 Občianskeho zákonníka stáva predmetom voľného uváženia súdu. Súd pritom musí vychádzať z úplne zisteného skutkového stavu a opierať sa o konkrétne a preskúmateľné hľadiská.

39. Podľa § 470 ods. 1 Civilného sporového poriadku ak nie je ustanovené inak, platí tento zákon aj na konania začaté predto dňom nadobudnutia jeho účinnosti.

40. Civilný sporový poriadok je založený na princípe voľného hodnotenia dôkazov, dôkazy súd hodnotí podľa svojej úvahy, a to každý dôkaz jednotlivo a všetky dôkazy v ich vzájomnej súvislosti; pritom starostlivo prihliada na všetko, čo vyšlo počas konania najavo, vrátane toho, čo uviedli strany sporu. Zákon pre hodnotenie dôkazov teda nepredpisuje formálny postup a ani neurčuje váhu jednotlivých dôkazov tým, že by niektorým dôkazom priznával vyššiu hodnotu ako v prípade legálnej dôkaznej teórie, ktorá stanovuje ich hierarchiu a spôsob ich hodnotenia. Civilný sporový poriadok ponecháva postup pri hodnotení dôkazov na úvahe súdu. Súd preto pri hodnotení dôkazov posúdil každý dôkaz jednotlivo a zároveň všetky dôkazy v ich vzájomnej súvislosti.

41. Aby mohlo dôjsť k poskytnutiu náhrady nemajetkovej ujmy, žalobca je povinný preukázať predpoklady zodpovednosti žalovaného za ujmu na jeho osobnostných právach. Pri ujme na osobnostných právach je prvým predpokladom protiprávny zásah, ktorý je objektívne spôsobilý nemajetkovú ujmu vyvolať. Pri porušení právnej povinnosti pri medicínskom úkone ide o jednanie, ktoré je v rozpore s objektívnym právom a spočíva v konaní alebo opomenutí. Spravidla sa jedná o postup non lege artis, ktorý má spôsobilosť ohroziť osobnosť fyzickej osoby. Druhým vyžadovaným predpokladom na založenie zodpovednosti za zásah do osobnosti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti je ujma na

chránenej osobnosti človeka (prípadne aspoň ohrozenie takou ujmom). Tretím predpokladom je príčinná súvislosť medzi predošlými dvoma atribútmi.

42. V zmysle znaleckého posudku č. XX/XXXX ako aj znaleckého posudku č. XXX/XXXX postup žalovanej non lege artis spočíval v nedostatočnej rehydratácii (náhrada tekutín) vzhľadom k predpokladaným stratám tekutín u dieťaťa a vzhľadom k jeho klinickému stavu a predchorobiu, nedostatočnom monitorovaní telesných funkcií počas liečby, oneskorenej ordinácii antibiotickej liečby. S uvedenými závermi sa nestotožnil ÚDZS v protokole č. XXX/XXXX v ktorom uviedol, že v diagnostickom ani terapeutickom postupe u žalovanej nebolo identifikované pochybenie.

43. Nedostatočný príjem tekutín – uvedený nedostatok súvisí aj s nedostatočne vedenou zdravotnou dokumentáciou, z ktorej nie je zrejmé koľko tekutín maloletá vypila a koľko stratila. Výdaj moču nebol sledovaný, stolice sú zaznamenaná nedôsledne. Od prijatia mala maloletá opakovane vodnaté stolice, ktorých objem nie je známy. Lekári nemohli mať pri takto vedenej dokumentácii reálny prehľad koľko tekutín maloletá prijala a koľko vylúčila. Zo zápisu J. H. zo dňa XX.XX.XXXX o 03:45 (čl. 50) vyplýva bilancia tekutín per os 1 400 ml, i. v. 2 100 ml. Zo zdravotnej dokumentácie však vyplýva že i. v. bolo podaných najviac 1 770 ml a per os 100 ml. Zo sesterského záznamu (čl. 51, čl. 411) vyplýva bilancia tekutín per os 1 200 ml. Na pojednávaní uviedla svedkyňa C. N., že podľa dokumentu ktorý má v ruke maloletá vypila XX.XX. – 750 ml + 150 ml + 300 ml a XX.XX XXX ml = 1 300 ml, čo je opäť ďalší údaj, nezahodujúci sa ani s jedným už uvádzaným. Na základe takto vedenej zdravotnej dokumentácie nie je možné s určitosťou stanoviť príjem tekutín, čo však nemôže ísť na ťarchu maloletej. Zo zdravotnej dokumentácie preukázateľne vyplýva príjem tekutín 1 770 ml i.v. (250 ml o 1:30, 250 ml o 4:00, 500 ml 9:00, 250 ml 20:20, 20 ml 23:15 – skutočnosť, že z infúzie stieklo 20 ml vyplýva z protokolu č. XXX/XXXX – čl. 102a, 100 ml 2:20 podávané už spolu s ATB, 300 ml 3:45 podávané už spolu s ATB, 100 ml 4:15) a p. o. (cez ústa) 100 ml - záznam z XX.XX.XXXX „od polnoci do 02:00 hod vypila 100 ml tekutín“. V protokole č. XXX/XXXX sa uvádza „sumárne zaznamenaný príjem tekutín od prijatia dieťaťa – per os 1 400, i. v. 2 100 ml.“ Súdu nie je zrejmé akým spôsobom (a tento nebol ani v konaní preukázaný) dospeli zástupkyne ÚDZS k objemu 2 100 ml i. v., ktorí uvádzajú v protokole č. XXX/XXXX, nakoľko sčítaním zápisov o tekutinách v rámci celého protokolu č. XXX/XXXX zo sledovaného obdobia (XX-XX.XX.XXXX) vyplýva príjem tekutín 1 770 ml i. v.. Taktiež nie sú zrejmé podklady k údaju 1 200 ml per os. Zástupkyne ÚDZS nevedeli uviesť ako zamestnanci nemocnice dospeli k výslednej bilancii tekutín. Svedkyňa J. N. uviedla „neviem mechanizmus akým spôsobom to majú oni, každé oddelenie, každé pracovisko má svoj štýl zaznamenávania, kde oni práve preto majú bilančný lístok a bilanciu sumárne, aby sa to tam viedlo komplexne, čiže oni majú zrejme nejaký spôsob či to zaznamenávajú priebežne alebo sumárne, alebo naraz po ukončení pracovnej zmeny“. Svedkyňa J. P., F. vo vzťahu k tomu ako sa vypočítal objem tekutín uviedla, že predsa musí veriť nemocnici (čl. 905a). Súčasne je nutné uviesť, že sestra J. I. bilanciu tekutín sumarizovala, ale z čoho vychádzala a kto a kedy tieto údaje zapisoval nie je zrejmé. Sesterský záznam o bilancii tekutín uvádza 1 200 ml per os, nie 1 400 ml tak ako je uvedené v Protokole č. XXX/XXXX (čl. 103). V prípade, že zo dňa XX.XX.XXXX je možné nájsť odraz hodnoty v hárku „bilancia tekutín p. o.“ (100 ml) aj v zdravotnej dokumentácii, nie je potom zrejmé, prečo údaje o tekutinách p. o. za XX.XX.XXXX sa nachádzajú len v hárku „bilancia tekutín“. Hodnovernosť tvrdení o prijatých tekutinách nie je potom možné verifikovať. Ak by aj súd prijal záver o podaných tekutinách v objeme 1 200 (1 300 – 1 400) ml cez ústa, vzhľadom na zápal a skrútenie čreva by sa značný objem takto prijatých tekutín dostal do tretieho sektora (vodnaté hnačky). Zo zdravotnej dokumentácie vyplýva, že maloletá bola prijatá pre vývoj dehydratácie s nutnou parenterálnou rehydratačnou th. (čl. 45), pri prijatí XX.XX.XXXX okolo 01:30 hod. je uvedená sesterská diagnóza – deficit tekutín v dôsledku strát vracaním, stolicou; o 6:30 hod stolica riedka; 13:00 hod – stolice vodnaté časté; 14:30 stolica vodnatá; pri preberaní služby vodnatá stolica, odobratá vzorka na kultiváciu; popoludní opakovane vodnaté stolice; 22:00 hod sesterská diagnóza – znížený príjem tekutín s hnačkami; 22:40 hod – redšia žltohnedá stolica; 23:00 hod – znova riedka stolica; XX.XX.XXXX o 2:20 hod riedke stolice; 3:10 hod - riedka žlto-zelená sekaná stolica; 04:50 hod pri odchode ešte jedna stolica rovnakej konzistencie bez prímiesí. Na základe uvedeného je možné konštatovať že podstatný objem tekutín prijatých ústami skončil v treťom sektore. Ako uviedol znalec J. J., F. „... ak teda viem, že to črevo nefunguje, lebo tam nie je, to tenké črevo tam nie je, tak potom asi ťažko si viem predstaviť, že to dieťa niečo perorálne vypilo. To okamžite išlo preč do toho tretieho priestoru. V konečnom dôsledku čiže ten príjem cez ústa je najmenej podstatný, o čom sa tu rozprávame, pri tomto dieťati je jedine parenterálna liečba do žily,“ čo bola u maloletej vzhľadom na jej predchorobie o ktorom žalovaná vedela (resp. mala možnosť vedieť) jediná principiálna liečba dehydratácie“ – čl. 911 (uvedené korešponduje aj s tvrdením žalobcov, že v BA im povedali že v prípade akýchkoľvek črevných problémov musí byť nasadená intenzívna infúzna liečba po dobu 48 hodín

nepretržite – čl. 908). Potreba tekutín maloletej pri hmotnosti 25 kg v normálnom stave predstavuje okolo 1600 ml. Maloletá však mala teplotu tri dni pred prijatím, pričom pri teplote sa tekutinové nároky zvyšujú minimálne o 20 % (ako bolo uvedené znalkyňou na pojednávaní). K tomu sa ešte pridružil objem tekutín, ktoré maloletá stratila opakovanou vodnatou stolicou, vracaním ako aj odparovaním kože pri teplote. Maloletá bola žalovanou prijatá pre vývoj dehydratácie, no pri prijatí na DFNsP Bratislava musela byť započatá intenzívna objemová resuscitácia. Zástupkyňa ÚDZS uviedla, že k rozvoju dehydratácie došlo až tesne pred prevozom a v dôsledku sepsy sa naplno prejavila (dehydratácia) pretože tekutiny unikali do tretieho sektora. Takáto skutočnosť nebola v konaní preukázaná, naopak v konaní bolo preukázané že k úniku tekutín (prijatých pravdepodobne per os) dochádzalo počas celej hospitalizácie u žalovanej (vodnaté opakované stolice sa uvádzajú skoro pri každom zázname). Zástupkyňa ÚDZS uviedla, že podľa ich výpočtov maloletá prijala 3 170 ml tekutín (1870 ml i.v. a 1200 ml p. o.). Uvedené opäť nebolo v konaní preukázané, zo zdravotnej dokumentácie uvádzanej v protokole č. XXX/XXXX je v súčte objem tekutín i. v. 1770 ml. Svedkyňa ďalej uviedla, že podľa jej výpočtov keď zoberie do úvahy aj teploty maloletej by bola bazálna potreba tekutín maloletej 1 920 ml (nie je zrejmé či zobrala do úvahy aj tri dni trvajúce teploty pred prijatím, zvracanie a hnačky, ako aj hnačky počas celej doby hospitalizácie). Vzhľadom k stratám do tretieho sektora (ako aj vzhľadom k zápisom v zdravotnej dokumentácii – preukázateľne 100 ml p. o.) je príjem tekutín per os zanedbateľný, z čoho vyplýva že jediný relevantný príjem predstavoval 1 770 ml i.v. U detí pri dehydratácii je potrebné postupovať rýchlo. Náhrada tekutín má byť agresívna – 40 ml/kg za 1. hodinu (u maloletej vážiacej 25 kg – 1000 ml/hodinu) a následne 120ml/kg/prvé 4 hodiny infúznej liečby (u maloletej 750 ml/hod) – čl. 74. Maloletej bol pri prijatí ordinovaný bolus tekutín v dávke 10ml/kg/90 min. Uvedené množstvo tekutín bolo aplikované do žily až do času 4:00 hod, teda 150 min. O 4:00 hod bola napojená ďalšia infúzia v množstve 250 ml F/G, ktorá podávaná 5 hodín a 30 minút (čl. 68). Z uvedeného vyplýva, že maloletej bolo po príchode počas prvých 8 hodín podaných do žily 500 ml infúzie. Zo zdravotnej dokumentácie je preukázané že za celý čas hospitalizácie jej bolo i. v. podaných 1 770 ml tekutín za necelých 28 hodín. V podstate sa jedná o objem ktorý jej mal byť podaný počas prvých hodín. Navyiac za prvých 24 hodín bolo maloletej i. v. podaných len 1 270 ml. Svedkyňa J. N. uviedla, že pri rehydratácii existovala obava z objemového preťaženia. Keď pri bazálnej potrebe tekutín 1 920 ml (výpočet samotnej svedkyne) dostala maloletá za prvých 24 hodín 1 270 ml tekutín, nie je možné, pri nenaplnení ani minimálnej bazálnej potreby, prisvedčiť argumentu obavy objemovým preťažením. V prospech záverov znalcov zo znaleckej organizácie o nedostatočnej rehydratačnej liečbe svedčí aj zápis v lekárskej správe Detskej kliniky anesteziológie a intenzívnej medicíny DFNsP Bratislava dňa XX.XX.XXXX, ktorá bola vypracovaná pri prijatí maloletej zo starostlivosti žalovanej a v ktorej sa okrem iného uvádza - sliznice výrazne suché, vyžaduje rozptýl kyslíka 5-9l/min., hydratácia nedostatočná, pery a sliznice slabo hydratované, pery výrazne popraskané a vysušené, orofarynx s masívnym žltým povlakom. Uvedené výrazné znaky dehydratácie pritom boli opísané po tom, čo maloletej boli počas prevozu sanitkou podané tri infúzie FR po 250 ml i.v. (čl. 103a) ako aj krvná plazma. Na základe všetkých uvedených skutočností považuje súd postup žalovanej pri vykonaní rehydratačnej liečby maloletej za postup non lege artis.

44. Nedostatočné monitorovanie telesných funkcií počas liečby – z dokazovania vyplynulo, že napriek tomu, že zo zdravotnej dokumentácie muselo byť žalovanej zrejmé, že u maloletej nejde o štandardné dieťa čo sa týka kompenzácie zdravotného stavu, ošetrojúci lekári si maloletú neodovzdávali do služby, navzájom si o nej nereferovali. Z výpovede J. Q. vyplýva že napriek závažnému predchorobiu a diagnózam, navyiac s patologickým laboratórnym parametrom – vysokým zápalovým markerom CRP a IL6 maloletá pri preberaní služby spomínaná vôbec nebola. Maloletá sa navyiac časť doby nachádzala v starostlivosti lekárky bez potrebnej atestácie. Aj podľa názoru J. Q. starostlivosť o takého polymorbídne dieťa so všetkými závažnými pridruženými diagnózami a navyše s patologickými laboratórnymi parametrami by mala byť v rukách lekára s príslušnou špecializáciou, čiže atestovaného lekára. Ako vyplynulo z vyjadrenia J. I. ako primára detského oddelenia po hospitalizácii maloletej došlo u žalovanej aj k organizačným zmenám. V znaleckom posudku č. XX/XXXX sa uvádza, že „laboratórne vyšetrenia boli vykonané opakované, ich kópie sa v zdravotnej dokumentácii nenachádzajú, chýba chronologický záznam vykonaných laboratórných vyšetrení“ (čl. 182). Zo zdravotnej dokumentácie vyplýva, že leukocity boli merané len raz pri prijatí (čl. 908a). Hodnota prokalcitonínu ako ďalšieho relevantného zápalového parametra bola meraná len raz aj to o 2:20 (XX.XX.XXXX), kedy už dosahovala výšku 100 ng/ml (normálna hodnota ? 0,5 ng/ml). Vyšetrenie acidobázickej rovnováhy (ABR v čase o 2:00 čl. 102a) je urobené len raz, aj to pri prijatí maloletej, následne už nie. J. Q. uviedla, že „do služby nemala od ošetrojúceho lekára naplňované žiadne kontroly stavu, laboratórných parametrov ani infúznu liečbu, maloletá nebola umiestnená na jednotke intenzívnej starostlivosti.“ V celej zdravotnej

dokumentácii nie sú vôbec vedené objemové straty. Z vitálnych funkcií bola okrem telesnej teploty zaznamenaná len pulzová a dychová frekvencia. Aj tieto boli merané za prvých 24 hodín len 3 x. Prvý krát 9:30 P 126, D 36, druhý krát 13:30 P 128, D 38 a tretí krát 21:30 P 120 D 32. Pri norme pulzu do 100 je už aj z týchto údajov zrejme zvýšená akcia srdca ako aj dychová frekvencia. Zástupkyňa ÚDZS uviedli že údaj pulzovej a dychovej frekvencie sa pri teplote vždy zvýši („pulzová a dychová frekvencia vždy reagujú na ten istý priebeh.. to vždy koreluje k tej teplote“ – čl. 899). Napriek tomu v čase o 13:00 dosiahla teplota maloletej najnižšiu hranicu za celú hospitalizáciu maloletej – 36,4 °C a o 13:30 dosiahla pulzová a dychová frekvencia najvyššiu hodnotu za celú hospitalizáciu u maloletej (P128 D38). Následne nebola pulzová a dychová frekvencia meraná počas 8 hodín ani raz. Za skoro 24 hodín po prijatí nebol maloletej ani raz meraný krvný tlak. Pravidelné monitorovanie vitálnych funkcií a klinického stavu bolo začaté až o 03:10 hod dňa XX.XX.XXXX (čl. 103). Na základe vyššie uvedených skutočností považuje súd za preukázané, že monitorovanie maloletej bolo nedostatočné a nesprávne, t.j. vykonané non lege artis.

45. Neskoro začatá antibiotická liečba – maloletá bola prijatá žalovanou XX.XX.XXXX o 00:48 hod z dôvodu dehydratácie a akútnej gastroenteritídy (zápalové ochorenie žalúdka a čriev). Zápalové markery XX.XX.XXXX o 02:01 hod boli IL-6 4834 pg/ml; CRP 166,23 mg/l. V čase 12:45 hod CRP 178,33 mg/l; IL-6 3164 pg/ml. 17.10.2013 o 00:48 CRP 221,84 mg/l; IL-6 5000. Podľa vyjadrenia znalcov norma pre IL-6 je 3,6 pg/l. Hodnota PCT (procalcitonínu) ako ďalšieho zápalového markera bola 100. Podľa vyjadrenia zástupkyne ÚDZS – J. N. už prvé laboratórne výsledky preukazovali existenciu zápalu v tele maloletej, ďalej uviedla, že hodnota IL-6 4834 (údaj IL-6 pri prijatí maloletej) preukazuje jednoznačne ťažký zápal a že hodnota CRP nad 100 je považovaná za septickú hodnotu. J. Q. R., F. (ďalej aj „znalkyňa“) na pojednávaní uviedla, „ak sú hodnoty CRP do 70 niekde sa udáva aj nižšie vtedy je pravdepodobnosť, že príčinou zápalu je nejaké vírusové ochorenie, ktoré nevyžaduje antibiotiká, ale ak tieto hodnoty presahujú 100 a dosahujú takéto hodnoty aké boli u maloletej D., nie je dôvod na pochybnosť, toto je indikácia na antibiotickú liečbu jednoznačná. Z tohto sme vychádzali. Toto sú veci, ktoré sú dostupné, alebo informácie, ktoré sú dostupné v každej učebnici pediatrie. Tu nebol čas čakať.“ Druhá zástupkyňa ÚDZS svedkyňa J. P., F. uviedla, že antibiotiká (ďalej aj „ATB“) mali byť podané najneskôr po druhých laboratórnych výsledkoch („ja osobne si myslím a prikláňam sa samozrejme k tomu názoru, že to ATB sa mohlo podať skôr“), pričom za to, že túto skutočnosť neuviedla do protokolu sa ospravedlnila. Ďalej uviedla, že už pri prvých výsledkoch CRP bolo zjavné, že sa jedná o bakteriálnu infekciu. Podľa vyjadrenia svedkyň sa s ordináciou ATB čakalo z dôvodu, že hodnota IL6 klesla, očakávalo sa či sa potvrdí salmonelová gastroenteritída vyvolaná vírusom na ktorý sa ATB nenasadzujú a z dôvodu hepatopatie maloletej. Zástupkyňa ÚDZS (J. P.) uviedla, že údaj IL-6 neuznáva ako výrazný parameter. Lepší parameter zápalu je CRP. Hodnoty CRP boli 166,23 – 178,33 – 221,84 (hodnota CRP nad 100 je považovaná za septickú). Vzhľadom k tomu, že ako ukazovateľ zápalu je smerodajná hodnota CRP (čo potvrdila aj zástupkyňa ÚDZS), tvrdenie že ATB sa nepodali z dôvodu poklesu hodnoty IL6 neobstojí, najmä pokiaľ hodnoty CRP ďalej stúpali. Vo vzťahu k otázke salmonelózy znalkyňa na pojednávaní uviedla, že v tomto prípade nie je podstatné, či by infekciou vyvolala salmonela alebo iný vyvolávateľ. Podstatou bolo, že klinický obraz hovoril o tom, že dieťa má zápal tráviaceho traktu, pretože malo riedke stolice, zvracalo a malo teplotu. V tomto prípade nie je podstatný prvotný vyvolávateľ. Podstatné je riešenie primárneho klinického stavu, ktorým bola gastroenteritída s teplotou. To riešenie je rovnaké, či by vyvolávateľom bola salmonela, rotavírus alebo iný vyvolávateľ. Základom je náhrada tekutín a plus potom podľa laboratórnych výsledkov, ak sú zvýšené ukazovatele zápalu v takej výške, ako boli u maloletej D. je to indikáciou na antibiotickú liečbu. Taktiež zástupkyňa ÚDZS (J. P., F.) uviedla, že už pri tom prvom CRP v hodnote 166 „bolo zrejme že išlo o bakteriálnu infekciu“ a teda neobstojí ani tvrdenie, že sa čakalo na to či sa jedná o vírusovú salmonelózu (keď už z prvého nameraného CRP vyplynulo že sa jedná o bakteriálnu infekciu). Vo vzťahu k tvrdeniu, že ATB neboli nasadené z dôvodu chorej pečene maloletej, zástupkyňa ÚDZS (J. N.) uviedla, že existujú ATB, ktoré je možné podať aj pacientovi s chorou pečeňou a ktoré aj boli maloletej podané o 3:45 (podaný liek MEDOPERÉM, ktorý patrí medzi nehepatotoxické). Uvedené tvrdenie o nepodaní ATB z dôvodu obavy o pečeň sa potom javí ako nelogické, keď takéto ATB ktoré pečeň nepoškodzujú boli maloletej aj podané (dokonca opakovane s rozstupom necelých dvoch hodín). ATB boli ordinované až 2:20 a teda skoro dve hodiny po posledných nameraných údajoch, ktoré boli alarmujúce (CRP 221,84 mg/l; IL-6 5000). Navyše samotná svedkyňa ÚDZS (J. P., F.) ako jedna z tých ktoré správu UDZS vypracovali na pojednávaní konanom dňa 16.7.2020 uznala že ATB mali byť podané skôr. Prvý krát boli ATB podané maloletej 2 a pol hodiny pred naložením do sanitky (čl. 70 – 2.20 ATB, 4.50 odovzdaná RLP). Na základe všetkých uvedených skutočností považuje súd postup žalovanej pri antibiotickej liečbe maloletej za postup non lege artis.

46. Protokol č. XXX/XXXX o vykonanom dohľade je uvádzaný ako dohľad, ktorý bol vykonaný na mieste. Napriek tomu zástupkyňa ÚDZS informáciu o tom, že FN v TN nemá detskú JIS počula prvýkrát na pojednávaní dňa 16.7.2020. Z uvedeného nie je zrejmé na akom mieste bol potom dohľad vykonávaný. Napriek tomu, že v protokole č. XXX/XXXX uvádza ÚDZS príjem tekutín 1 400 ml p. o. a 2 100 ml i. v. počas celého konania nebolo preukázané ako k týmto číslam dospel. Zo súčtu všetkých údajov o tekutinách i.v. uvádzaných v protokole je možné dospieť k záveru o 1 770 ml podaných i. v.. Zástupkyňa ÚDZS potom na pojednávaní uviedla, že podľa ich výpočtov maloletá prijala 1870 ml i.v., napriek tomu sa v protokole uvádza 2100 ml i.v.. Z hárku bilancia tekutín (sesterského) vyplýva záver 1 200 ml p. o., na pojednávaní zástupkyňa ÚDZS uviedla že drží listinu z ktorej vyplýva 1 300 ml p. o. a v protokole ÚDZS uviedol 1 400 ml.. K informáciám uvádzaným v protokole č. XXX/XXXX že zápalové parametre klesali sa už súd vyjadril vyššie (CRP sa neustále zvyšovalo). Ohľadom informácie že ATB boli ordinované s rozstupom niekoľko hodín (čl. 105a) súd uvádza, že o 2:20 boli ordinované prvé ATB a o 3:45 druhé ATB (o rozstupe niekoľkých hodín tu nie je možné hovoriť). Okrem uvedeného zástupkyňa ÚDZS na pojednávaní uviedla, že ATB mali byť ordinované skôr a že v písomnom hodnotení nezobrala do úvahy hodnotu prokalcitonínu (PCT) – čl. 909. Tento bol meraný o 2:20 hod a nameraný bol vo výške 100 ng/ml, pričom normálne hodnoty (ng/ml) < 0,5. Na základe vyššie uvedených skutočností nie je možné považovať protokol č. XXX/XXXX pre účely predmetného konania za preskúmateľný a jeho závery za udržateľné. Naproti tomu závery znaleckej organizácie forenzc. sk boli počas celého konania nemenné, konzistentné, ucelené a vyplývajúce zo zdravotnej dokumentácie. Znalci si tieto závery v plnom rozsahu obhájili, zdôvodnili a počas celého konania na nich zotrvali.

47. Žalovaná v konaní ďalej namietala neexistenciu príčinnej súvislosti. Argumentovala najmä predchorobím maloletej a poukázala aj na znenie znaleckého posudku č. XX/XXXX v ktorom sa uvádza, že "ochorenie charakterizované rozvojom septického stavu až septického šoku má vysokú úmrtnosť aj v prípade správne poskytovanej zdravotnej starostlivosti. V danom prípade teda nie je možné (najmä po prihliadnutí k predchorobiu dieťaťa mal. D. B.) jednoznačne konštatovať, že v prípade poskytnutia komplexnej a správnej liečby, by s istotou nedošlo k jej úmrtiu." Žalovaná taktiež poukázala na časť záverov zo znaleckého posudku č. XXX/XXXX, kde sa uvádza, že nie je možné jednoznačne určiť a už vôbec nie je možné matematicky vyjadriť pravdepodobnosť prežitia maloletej, ak by jej bola zdravotná starostlivosť u žalovanej poskytnutá lege artis.

48. Od jednoznačného konštatovania príčinnej súvislosti a od absolútnej istoty bolo rozhodovacou činnosťou súdov upustené. Najvyšší súd ČR v rozsudku sp.zn. 25 Cdo 1628/2013 zo dňa 31.7.2014 interpretoval v medicínskoprávnom spore o náhradu škody na zdraví kauzálny nexus v novom duchu nastolenom ústavným súdom a využil nové doktríny pri zisťovaní príčinnej súvislosti. Tento názor zaznel už v obiter dictum uznesenia Ústavného súdu z 12. 8. 2008, sp. zn. I. ÚS 1919/08, ktoré problematizovalo doterajší náhľad konštantnej judikatúry na 100% preukázanie príčinnej súvislosti v medicínskoprávných sporoch a doporučovalo využitie niektorých spravodlivejších doktrín, napr. doktrínu tzv. „straty šance“ či „straty očakávania“ (loss of chance, loss of expectation), podľa ktorej súd pomeruje či odhaduje (estimates) pravdepodobnosť dosiahnutia určitých šancí.

49. Závery prvostupňového súdu o "stopercentnom" preukázaní objektívnej príčinnej súvislosti sa javia Ústavnému súdu ako nereálne, pretože sú nedosiahnuteľné a neutržateľné. Určovať v lekárskejších postupoch jednoduchý vzťah príčiny a následku je samé o sebe veľmi obtiažne. Podstatou lekárstva je vlastne vstupovať do celého reťazca príčin a následkov, do procesov, ktoré prebiehajú v ľudskom tele a vonkajším zásahom tieto procesy ovplyvňovať, meniť ich smer, pôsobenie atď. Zásah lekára tak vlastne sám o sebe mení "prirodený beh vecí" v ľudskom tele, zasahuje do komplexných vzťahov príčin a následkov. I v prípade aktívneho konania lekára, ktorý zvolí určitý liečebný postup, je veľmi obtiažne, ba vylúčené stanoviť, či tento postup bol nad všetkú rozumnú pochybnosť jedinou možnou príčinou škodlivého stavu, ktorý nastal. O to obtiažnejšie je to v prípade opomenutia, kedy lekár nezvolí postup, ktorý na základe súčasných a dostupných znalostí lekárstva zvoliť mohol a mal. Preukázať, že práve a len toto opomenutie tvorí so škodlivým následkom ničím nenarušený vzťah, je v podstate nemožné. V dôsledku toho je výrazne oslabené postavenie poškodeného (uznesenie Ústavného súdu Českej republiky I.ÚS 1919/08 zo dňa 12. 8. 2008).

50. Krajský súd Prešov v rozsudku zo dňa 17. marca 2016, sp.zn. 13Co/159/2016 poukázal na to, že doktrína straty šancí sa inkorporuje do rozhodovacej praxe súdov preto, že trvanie na bezvýnimčom preukázaní aj predpokladu, kauzálného nexu, výrazne oslabuje postavenie žalobcu.

51. "Doteraz vyžadované preukázanie stopercentnej príčinnej súvislosti medzi protiprávnym konaním a škodlivým následkom práve v týchto špecifických prípadoch poskytovania zdravotnej starostlivosti je neudržateľné". Nemožnosť trvať na požiadavke 100 % preukázania príčinnej súvislosti videl súd predovšetkým v komplikovanosti ľudského tela, ktoré sa vyznačuje kvantom procesov, ich príčin a následkov, a preto jednoznačné preukázanie toho, že práve konkrétne konanie, resp. nekonanie lekára (príp. iného zdravotníckeho pracovníka), je možné v konkrétnom prípade určiť ako predpoklad pre vznik škodlivého následku, je takmer nemožné a v niektorých prípadoch dokonca vylúčené. „Súd má za to, že práve pri posudzovaní tejto zložky zodpovednosti za vznik škody je nutné posilniť slabšie postavenie pacienta vo vzťahu ku poskytovateľovi zdravotníckej starostlivosti tým, že nie je nutné stopercentne preukázať predmetnú príčinnú súvislosť, kedy stačí preukázať tzv. stratu šance, resp. stratu očakávania v tom zmysle, že postupom zdravotníckeho zariadenia, ktorý nebol v súlade s právom nepochybne došlo ku strate šance, že by bez nesprávneho lekárskeho zásahu bol následok na zdraví pacienta menší, respektíve žiadny“(rozsudok Krajského súdu Prešov zo dňa 28. Novembra 2016, sp.zn. 8Co/298/2015).

52. Rozsudkom Krajského súdu Trnava zo dňa 25. júna 2019, sp.zn. 9Co/51/2019 bolo potvrdené rozhodnutie súdu prvej inštancie, ktorý priznal nárok na náhradu nemajetkovej ujmy pozostalým žalobcom, pričom pri posudzovaní príčinnej súvislosti medzi protiprávnym zásahom a vznikom ujmy aplikoval iba pravdepodobnosť, nakoľko v spore bolo znaleckými organizáciami konštatované, že postupom žalovaného lege artis by sa výrazne zvýšili šance na prežitie pacientky aj dieťaťa, z čoho súd vyvodil, že znalcami uvádzaná vysoká pravdepodobnosť je pre záver o príčinnej súvislosti medzi nesprávnym postupom žalovaného a úmrtím pacientky v danej veci dostačujúca. V danom rozhodnutí odvolací súd ešte poukázal, že nakoľko neposkytnutím zdravotnej starostlivosti (t. j. postup non lege artis) žalovaný znemožnil 100% preukázanie príčinnej súvislosti, tým prispel k vytvoreniu priestoru neistoty a preto je potrebné danú skutočnosť pripísať na ťarchu práve žalovanému.

53. Zo znaleckého posudku č. XXX/XXXX vyplýva, že „podľa literárnych údajov ak sa pacientom v sepe podali antibiotiká počas prvej hodiny zdokumentovaného zníženia krvného tlaku, miera prežitia bola 79,90 %. Ak sa podali antibiotiká neskôr, každá hodina oneskorenia počas nasledujúcich 6 hodín bola spojená s priemerným poklesom prežitia o 7,6 %.“ Právny zástupca žalovanej uvedené tvrdenie rozporoval z dôvodu že článok sa vzťahoval na populáciu Thajska, a to polymorbídnych pacientov, Thajsko je krajinou s úplne inými ochoreniami ako sa vyskútujú na území Slovenska a v predmetnej reprezentatívnej množine boli zahrnutí aj pacienti starší ako 80 rokov, čiže rozhodne nie deti (čl. 325a, vyjadrenie právneho zástupcu žalovanej zo dňa 21.9.2018)

54. V Náleze zo dňa 24. októbra 2017, sp. zn. II. ÚS 716/2016 sa Ústavný súd Slovenskej republiky priklonil k postupu všeobecných súdov, ktoré pri dokazovaní v medicínskych sporoch upustili od požiadavky preukázania kauzálneho nexu s absolútnou istotou žalobcom. Kompenzáciu slabšieho postavenia žalobcov (sťažovateľov) však videl v modifikácii základnej konštrukcie bremena tvrdenia alebo dôkazného bremena prostredníctvom jeho sekundárneho prenesenia na žalovaného, teda prostredníctvom odklonu od štandardného konceptu preukazovania príčinnej súvislosti.

55. Žalovaná nesúhlasila s článkom ako podkladom na zistenie % pravdepodobnosti prežitia z dôvodu, že vzorka pacientov bola polymorbídna a boli to starší ľudia (čl. 325a). V predmetnej veci je však nesporné, že aj maloletá bola polymorbídna pacientkou keďže trpela viacerými poruchami zdravia (napr. čl. 105, záver z protokolu č. XXX/XXXX). Na základe obráteného dôkazného bremena bola žalovaná povinná preukázať svoje tvrdenia o neexistencii príčinnej súvislosti, čo však nespravila. Napriek tomu že vo vyjadrení zo dňa 27.2.2018 právny zástupca zdôraznil, že žalovaná si vyhradzuje právo predkladať po posúdení tohto článku iné odborné články, ktoré budú svedčiť v prospech žalovanej (čl. 262), počas celého konania tak nespravila, t.j. nepredložila ani jeden článok ktorý by svedčil v jej prospech. Žalovaná uvedené tvrdenie rozporovala, no účinne ho nepoprela.

56. Žalovaná poukazovala na citáciu znaleckého posudku č. XXX/XXXX v tej časti v ktorej sa uvádza nemožnosť vyjadrenia % pravdepodobnosti prežitia. Len samotná objektívna nemožnosť % -neho vyjadrenia pravdepodobnosti prežitia neznamena že príčinná súvislosť je vylúčená, najmä za stavu keď na tejto nemožnosti % vyjadrenia sa podieľala aj samotná žalovaná a to nedostatočným monitorovaním maloletej a nedostatočným vedením zdravotnej dokumentácie. Navyiac v uvedenom znaleckom posudku sa uvádza aj, že v "prípade pacientov s bakteriálnou sepsou sa podstatne zvyšuje úmrtnosť v spojitosti s neadekvátne podanou prvou dávkou antibiotika a 3 hodinovým oneskorením antimikrobiálnej liečby

po stanovení diagnózy sepsy...resuscitačný objem vyšší ako 800 ml v prvej hodine je spojený s lepším prežívaním...cieľom monitorovania telesných funkcií je včasná diagnostika zlyhávania základných životných funkcií, ako aj posúdenie stavu ochorenia a účinnosti liečby...je pravdepodobné, že v prípade, ak by monitorovanie telesných funkcií maloletej počas liečby u žalovanej bolo vykonané bez odborného pochybenia, bolo by možné skôr zachytiť zhoršovanie jej zdravotného stavu, čo by mohlo prispieť k celkovo lepšej prognóze". V znaleckom posudku č. XX/XXXX sa uvádza "podcenenie zdravotného stavu dieťaťa a nedostatočne intenzívna liečba viedla k prehlbovaniu dehydratácie a zápalu črevného traktu, výsledkom čoho bol vývoj ileózneho stavu a sepsy (otrava krvi) s postupnou progresiou do zápalu pobrušnice, septického stavu až šoku a smrti dieťaťa." Z výpovede znalkyne vyplýva "ak by liečba bola lege artis je možné uvažovať o tom, že by prognóza na vylepšenie a na vyzdravenie bola lepšia, nakoľko ochorenie by sa zachytilo včas a je možné, že by ho bolo možné vyliečiť."

57. Vo vzťahu k predchorobiu súd uvádza, že len nepriaznivý zdravotný stav neznamená že príčinná súvislosť je automaticky vylúčená. Príčinnú súvislosť nemožno vylúčiť iba z dôvodu, že protiprávne konanie škodcu dovŕšilo už existujúci nepriaznivý zdravotný stav poškodeného.

58. Vo vzťahu k citácii znaleckého posudku č. XX/XXXX (čl. 74) na ktorú poukazuje žalovaná a kde sa uvádza, že na septický šok umiera 50 % detí, súd uvádza, že skutočnosť že septický šok má vysokú úmrtnosť nebola v konaní sporná. Avšak maloletá bola opakovane hospitalizovaná či už u žalovanej prípadne na DFNSP Bratislava. Ako vyplýva aj z prepúšťacej správy DFNSP Bratislava (čl.202) zo dňa 29.9.2010, maloletá bola prijatá s bolesťami brucha a subileóznym stavom, po rehydratácii ústup bolesti... postupne zaťažovaná stravou... afebrilná... prepustená v dobrom stave domov... Taktiež z prepúšťacej správy FN v TN (čl. 203) zo dňa 17.6.2011 vyplýva, že maloletá bola prijatá so zvýšenou zápalovou aktivitou. Správnou liečbou však bola maloletá v oboch prípadoch prepustená so stabilizovaným stavom. Aj z protokolu č. XXX/XXXX vyplýva, že dieťa bolo v minulosti opakovane hospitalizované na detských lôžkových oddeleniach pre podobé príznaky ako pri poslednej hospitalizácii pričom sa stav zvládol (čl. 105). Nie každé zápalové ochorenie vyústi do sepsy. Nie každá sepsa musí vyústiť do septického šoku. Maloletá bola prijímaná pre febrilný stav a gastroenteritídu, nie pre septický stav (šok). Tento sa u nej rozvinul až z dôvodu neskorého podania ATB a nedostatočnej hydratácie. Nedostatočná hydratácia ako aj neskoré podanie ATB zhoršilo zápalový stav v rámci gastroenteritídy (pre ktorú bola prijímaná) čo viedlo k ileóznemu stavu a následne k sepse. Maloletej nebola správne aplikovaná liečba. "Správna liečba zastaví rozvíjajúce sa ochorenie a vedie navrátenie zdravotného stavu do pôvodného stavu. Jej výsledkom sa sepsa nerozvinie" (výpoveď znalkyne na pojednávaní dňa 7.2.2018). U maloletej došlo k vzniku septického šoku v dôsledku nesprávnej zdravotnej starostlivosti žalovanej.

59. V rozhodovacej činnosti slovenských súdov sa doktrína straty šancí vyjadrená mierou pravdepodobnosti neuplatňuje ako predmet samostatnej kompenzácie, ale aplikácia tejto doktríny umožňuje v prípade, kedy príčinnú súvislosť medzi protiprávnym konaním a ujmom nie je možné preukázať s absolútnou istotou, avšak v konaní máme preukázané, že postupom non lege artis žalovaného skutočne došlo k zníženiu šance na prežitie, resp. uzdravenie pacienta, vyvodenie záveru o tom, že príčinná súvislosť je daná. Tým že žalovaná pochybila pripravila maloletú o možnosť tohto poznania, t.j. o možnosť poznania či by pri postupe lege artis mohla ešte žiť. Neposkytnutím zdravotnej starostlivosti (t. j. postup non lege artis) žalovaná znemožnila 100% preukázanie príčinnej súvislosti, tým prispela k vytvoreniu priestoru neistoty a preto je potrebné danú skutočnosť pripísať na ťarchu práve žalovanej. Na základe všetkých vyššie uvedených skutočností mal súd za preukázané, že postupom non lege artis došlo k zhoršeniu zdravotného stavu maloletej čo u nej viedlo k fatálnym následkom.

60. Vychádzajúc z občianskoprávnej ochrany osobnosti, ktorá je na rozdiel od administratívnej a trestnoprávnej založená na objektívnom zodpovednostnom princípe, na vznik zodpovednosti podľa noriem občianskeho práva, nie je potrebný subjektívny predpoklad spočívajúci v zavinení. Na uplatnenie práva na ochranu osobnosti je aktívne legitimovaná osoba, voči ktorej takýto neoprávnený zásah smeroval. Závažnosť ujmy sa posudzuje najmä z hľadiska „odčiniteľnosti" takéhoto zásahu. Súdna prax konštatuje, že náhrada imateriálnej ujmy v peniazoch nie je náhradou za život, ale slúži len na zmiernenie následkov vznikutej ujmy, pričom pri stanovení jej výšky je smerodajných niekoľko faktorov, a to či bol žalovaný pôvodcom takéhoto zásahu, či k zásahu do práv došlo úmyselne alebo z nebanlivosti tak ako aj to, ako bol žalobca uspokojený v trestnom konaní. Je nepochybné, že žiadna suma, priznaná súdom, nie je dostatočná vzhľadom na spôsobenú ujmu ani na to, aby nahradila život človeka. Tento inštitút kladie za cieľ túto ujmu zmierniť, a to najmä v prípadoch, kedy navrátenie do pôvodného stavu neprichádza do úvahy.

61. Žalobcovia so svojou dcérou viedli spoločnú domácnosť, protiprávnym konaním žalovanej navždy stratili možnosť viesť rodinný a súkromný život so svojou dcérou. Medzi žalobcami a dcérou existovali silné sociálne, morálne, citové a kultúrne putá vytvorené v rámci ich súkromného a rodinného života. Žalobcovia tvorili s nebohou plne fungujúcu rodinu s dobre vyvinutými sociálnymi a citovými väzbami. Z nečakanej smrti nebohej prežívali nielen pocity úzkosti, smútku, zúfalstva a šoku, ale stratili i možnosť viesť s ňou súkromný život. Túto stratu prekonávali a aj prekonávajú s výraznými a pretrvávajúcimi ťažkosťami. Protiprávnym konaním žalovanej došlo k nenávratnej deštrukcii týchto medziľudských väzieb tvoriacich základ a rámec súkromného života žalobcov a tým k intenzívnemu zásahu do ich osobnostných práv, práva na súkromie a rodinný život. Vzniknutá trauma je zo života žalobcov prakticky neodstrániteľná. Táto ujma spôsobila nepredstaviteľný pocit stresu, šoku, smútku, pocitu frustrácie a straty zo spoločenstva s milovanou osobou. Táto strata je o to horšia, že nemenný stav musia žalobcovia vnímať denno-denne, a to či už pri rozhovoroch priateľov žalobcov o rodinnom živote iných rodín. Bolesť v srdci, ktorú rodičia vnímajú, nikdy nepominie a nikdy sa jej nezbavia. Nárok žalobcov je daný okrem iného i silným citovým putom matky a otca s dcérou, ktoré medzi žalobcami a zomrelou existovalo. Maloletá sa aktívne zúčastňovala na chode rodiny, prispievala k rodinnej súdržnosti, bola účastná každodenných radostí a starostí, ktoré život prinášal. Nezvratná strata možnosti žalobcov prežiť s dcérou jej nepochybne najkrajšie chvíle života - obdobie dospievania, založenia si vlastnej rodiny, je výrazným zásahom do integrity rodiny a do súkromia, resp. rodinného života. U žalobcov tak došlo k nenávratnej strate šance prežiť najkrajšie chvíle života v úplnom rodinnom kruhu, pri pozorovaní a výchove ďalšej generácie. Právo na ochranu osobnosti žalobcov bolo porušené protiprávnym zásahom. Žalobcovia sa v konaní domáhali morálnej satisfakcie, ktorú povinnosť ospravedlnenia súd žalovanej uložil v znení uvádzanom vo výroku I. tohto rozhodnutia. Žiadna forma morálneho zadostučinenia však nepostačuje na to, aby bola primerane vyvážená a zmiernená vzniknutá nemajetková ujma žalobcov. Primeraným zadostučinením v danom prípade je preto náhrada nemajetkovej ujmy v peniazoch v zmysle § 13 ods. 2 Občianskeho zákonníka.

62. V danom prípade má súd za to, že nie je potrebné preukazovať, že došlo k zníženiu dôstojnosti alebo vážnosti žalobcov v spoločnosti, pretože to nie je obligatórnou podmienkou priznania náhrady nemajetkovej ujmy v peniazoch pri zásahu do práva na ochranu osobnosti, spočívajúcom v narušení súkromného a rodinného života. Jediným predpokladom je, že primerané zadostučinenie podľa § 13 ods. 1 Občianskeho zákonníka je nepostačujúce, následok spočívajúci v znížení vážnosti osoby v spoločnosti je v § 13 ods. 2 Občianskeho zákonníka uvedený len príkladom a nevzťahuje sa na zásahy do súkromného alebo rodinného života fyzickej osoby. Neoprávnený zásah do práva na súkromie totiž nemusí vždy vyvolať zníženie vážnosti alebo dôstojnosti dotknutej fyzickej osoby v spoločnosti. Porušenie práva na súkromie treba odlišovať od prípadov neoprávnených zásahov do práva na česť, dôstojnosť a vážnosť v spoločnosti. Podmienkou priznania náhrady nemajetkovej ujmy v peniazoch pri neoprávnenom zásahu do súkromného a rodinného života je existencia závažnej ujmy, teda takej, ktorú fyzická osoba vzhľadom na okolnosti, za ktorých k porušeniu práva došlo, intenzitu zásahu, jeho trvanie alebo dopad a dôsledky považuje za značnú.

63. Určenie výšky peňažnej náhrady nemajetkovej ujmy v prípade splnenia podmienok § 13 ods. 2 Občianskeho zákonníka, je predmetom voľnej úvahy súdu. Súd pri svojom rozhodovaní o výške priznanej náhrady nemajetkovej ujmy vychádzal z kritérií uvedených v ustanovení § 13 ods. 3 Občianskeho zákonníka, t. j. jednak zo závažnosti vzniknutej ujmy a jednak z okolností, za ktorých došlo k zásahu do práva na ochranu osobnosti. Pri určení peňažnej náhrady nemajetkovej ujmy prihliadal súd u žalobcov predovšetkým na nenapraviteľný následok vzniknutý v dôsledku úmrtia dcéry a dôsledky, ktoré tu u nich vyvolalo. Súd zohľadnil aj to, že pôvodcom zásahu bol poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, konkrétne nemocnica, teda miesto, kam pacienti prichádzajú s dôverou, že im bude poskytnutá adekvátna lekárska starostlivosť, že zamestnanci - lekári sú dostatočne kvalifikovaní a ich prístup k pacientom je nielen profesionálny, ale i hlboko ľudský a v súlade s lekárskou etikou (por. nález Ústavného súdu Českej republiky sp. zn. I. ÚS 2844/14 z 22. decembra 2015). Z dokazovania vyplynulo, že napriek vedomosti o predchorobí maloletej žalovaná jej zvýšenú starostlivosť ani monitorovanie základných vitálnych funkcií neposkytla, hoci na to vybavenie mala. V konaní nebolo sporným (vyplyva to aj z listinným dôkazom), že žalobkyňa 2/ lekárov žalovanej prosila o podanie infúznej liečby, čo sa však nestretlo s primeranou odozvou, pričom práve nedostatočná hydratácia bola jedným z dôvodov zhoršenia zdravotného stavu maloletej, ktorý viedol k jej smrti. Pocity bezmocnosti ktoré ako matka prežívala sú nepredstaviteľné. Starostlivosť o maloletú vykonávala neatestovaná lekárka, ktorá neskôr sama uviedla, že vzhľadom k predchorobiu maloletej ako aj vzhľadom k patologicky

zvýšeným zápalovým parametrom sa jednalo o pacientku ktorá mala byť jednoznačne v starostlivosti atestovaného lekára. Maloletá taktiež nebola referovaná medzi lekármi pri odovzdávaní služieb. Už prvé výsledky zápalových markerov poukazovali na bakteriálnu infekciu, napriek tomu žalovaná ATB maloletej naordinovala len dve a pol hodiny pred naložením do sanitky. Všetky skutočnosti mali tragický následok a to smrť dieťaťa žalobcov. Preto v kontexte takéhoto hrubého zanedbania zdravotnej starostlivosti nemohlo na druhej strane zavážiť že ide o neúmyselnú formu zavinenia. Žalobcom nebola do tohto času v trestnom konaní priznaná žiadna výška finančnej náhrady. Na druhej strane však zavážilo a súd zohľadnil aj predchorobie maloletej, ktoré bolo veľmi vážne. Taktiež na tejto druhej strane zobral do úvahy, že ÚDZS konštatoval že k postupu non lege artis nedošlo a teda s konečnou platnosťou túto otázku (/non/ lege artis) musí vyriešiť až súd. Súd dospel k záveru, že v danom prípade je primeranou náhradou nemajetkovej ujmy suma 30.000 Eur pre každého rodiča samostatne, ktorá podľa názoru súdu zohľadňuje neodstrániteľný následok v podobe smrti dcéry a dôsledky, ktoré táto strata u žalobcov vyvolala. Následkom protiprávneho konania žalovanej došlo v danom prípade k nenávratnej deštrukcii možnosti rozvoja medziľudských väzieb medzi žalobcami a ich dcérou a tým k intenzívnemu zásahu do osobnostných práv žalobcov, práva na ich súkromie a rodinný život. Iba morálne zadosťučinenie vo forme ospravedlnenia nemôže odčiniť dopad protiprávneho konania žalovanej. V tomto prípade sa jedná o závažný zásah do psychickej a morálnej integrity osobnosti žalobcov, ktorý zanechal v ich živote trvalé následky. Trauma, ktorá žalobcom vznikla smrťou ich dcéry, je neodstrániteľná z ich citového života. Vzťah rodičov k dieťaťu je vzťahom jedinečným a nenahraditeľným a protiprávne narušenie týchto vzťahov predstavuje neoprávnený zásah do práva na súkromný a rodinný život a to mimoriadne ťažký a nereparovateľný. Vzhľadom na uvedené súd dospel k záveru, že smrťou dcéry žalobcov došlo k tak závažnému neoprávnenému zásahu do práva na ochranu ich osobnosti, ktorý spočíva v obmedzení súkromného a rodinného života, kedy smrťou dcéry stratili navždy možnosť viesť s dcérou rodinný a súkromný život, pričom trauma rodičov zo smrti dieťaťa je neodstrániteľná, na čo súd prihliadol pri určený výšky nemajetkovej ujmy a žalovanej uložil povinnosť zaplatiť žalobcom, každému samostatne náhradu nemajetkovej ujmy za smrť dcéry sumu 30.000 Eur. Pri rozhodovaní okrem všetkých vyššie uvedených skutočností vychádzal z obdobných rozhodnutí súdov – rozhodnutie Najvyššieho súdu SR sp. zn. 6 Cdo 168/2010, ktorým zamietol dovolanie voči rozhodnutiu Krajského súdu v Bratislave sp. zn. 15 Co 41/2010, ktorým krajský súd priznal rodičom dcéry 2 x 33 194 Eur za zásah do súkromného a rodinného života žalobcov, pričom sa jednalo o zanedbanie liečebnopreventívnej starostlivosti s následkom smrti ich dcéry – oneskorené diagnostikovanie a liečenie dvoch závažných vrodených srdcových väd, - rozhodnutie Najvyššieho súdu SR sp. zn. 5Cdo 244/2011, ktorým odmietol dovolanie voči rozhodnutiu krajského súdu, ktorý potvrdil rozhodnutie okresného súdu, ktorý priznal žalobcom ako rodičom za zásah do práva na súkromný a rodinný život spôsobený úmrtím syna v dôsledku nedostatočnej zdravotnej starostlivosti každému sumu 30 000 Eur, z dôvodu že zdravotná starostlivosť nebola poskytnutá lege artis, zle bola vedená aj zdravotná dokumentácia, pričom zohľadnil aj spoluzavinenie nebohého (požitie alkoholu pred úrazom), a takto určenú výšku nemajetkovej ujmy považoval za primeranú. Rozhodnutia ktoré zobral súd do úvahy sa týkali náhrady nemajetkovej ujmy v rámci zdravotníckej starostlivosti a zásahu do súkromia, nakoľko uvedené predstavovalo predmet konania (nie náhrady nemajetkovej ujmy spôsobenej smrťou pri dopravnej nehode, prípadne iné) a taktiež zobral do úvahy výšku súm priznávaných titulom náhrady nemajetkovej ujmy, nie náhrady za sťaženie spoločenského uplatnenia, či bolestného, nakoľko sa jedná o rozdielne nároky. Záverom súd uvádza, že k uvedenej sume dospel aj s poukazom na to že sa jedná o sumu ktorú pôvodne žiadali žalobcovia a ktorú tri roky (žaloba podaná na súd 5.2.2016, návrh na zmenu žaloby zo dňa 3.4.2019) sami za primeranú považovali.

64. Vo vzťahu k tvrdeniu o nezákonnosti dôkazu – rozhovoru C. I., F. s novinárom z denníka SME, v ktorom uviedol, že maloletej malo byť podaných viac infúzií, súd uvádza, že tvrdenými dôvodmi nezákonnosti bolo, že „nie je možné takto závažné odborné stanovisko prezentovať pred médiami bez toho, aby uvedená osoba mala všetky vyčerpávajúce dôkazy o zdravotnom stave pacientky“ a že tento dôkaz „nebol získaný kontradiktórne, pretože ak by bol svedok vypočutý po návrhu sporovej strany na pojednávaní, je predpoklad, že ako odborník bude pripravený k otázkam a zväži všetky skutočnosti, ktoré sa prejednávanej veci týkajú“. Poskytnutie rozhovoru bolo slobodným rozhodnutím J. I., F., ktorý bol prednostom pediatickej kliniky, ktorý si musel byť vedomý rozsahu svojich vedomostí o danom prípade, ktorý si bol vedomý že poskytuje stanovisko novinárovi, rozsah svojich vedomostí zväzil a rozhovor poskytol. Rozhovor sa nahrával s jeho súhlasom. Vo vzťahu ku kontradiktórnosti súd uvádza, že žalovaná výsluch J. I., F. nenavrhol. Ak mala žalovaná za to, že na základe jeho výsluchu by došlo k ozrejmieniu niektorých ním uvedených vyjadrení, skutočností, mala žalovaná jeho výsluch navrhnuť, čo však neurobila. J. I., F. bol (a aj naďalej je) prednostom pediatickej kliniky, bol príslušbu konajúcim

lekárom maloletej v danom čase, je svojprávnou osobou a odborníkom. Bol si vedomý že sa rozpráva s novinárom, súhlas s nahrávaním udelil. Ak by však aj súd prijal záver o nezákonnosti tohto dôkazu, uvedené na konečnom rozhodnutí súdu nič nemení. Rozhovor J. I., F. s novinárom bol len podporným dôkazom, ktorý celkovo dokresľoval situáciu u žalovanej (nedostatok atestovaných lekárov, následne zmeny v systéme organizácie práce počas služieb, atď). Uvedený dôkaz nebol teda dôkazom na základe ktorého vyhodnotil súd starostlivosť žalovanej o maloletú ako non lege artis (samotný lekár v rozhovore uviedol, že hodnotenie rozsahu tekutín bolo z jeho strany urobené ex post, čo na posúdenie postupu / non/ lege artis nemá vplyv).

65. Podaním zo dňa 3.4.2019 (čl. 403) navrhol právny zástupca žalobcov aby súd rozhodol medzitýmym rozsudkom o základe nároku žalobcov („nárok žalobcov na náhradu nemajetkovej ujmy je daný“). Uvedený návrh posúdil súd ako návrh na vydanie medzitýmneho rozsudku podľa § 214 ods. 1 Civilného sporového poriadku (ak je to účelné, súd môže rozhodnúť najskôr len o základe alebo dôvode uplatneného procesného nároku medzitýmym rozsudkom) a to s poukazom na rozhodnutie Najvyššieho súdu SR sp. zn. 3 Obo 9/2019 zo dňa 16.7.2019, v ktorom sa okrem iného uvádza „predmetná právna úprava obsahovo nadväzuje na úpravu obsiahnutú v ustanovení § 152 ods. 2 O.s.p. účinného do 30. júna 2016. Za základ prejednávanej veci, o ktorej môže súd rozhodnúť medzitýmym rozsudkom podľa uvedeného zákonného ustanovenia (§ 214 ods. 1 C.s.p.), treba spravidla považovať všetky sporné otázky vyplývajúce z uplatňovaného nároku, ktoré musí posúdiť, ak má o veci rozhodnúť, s výnimkou výšky nároku. Tak je to napríklad vtedy, keď súd na podklade žaloby o náhradu škody posúdi, či došlo k škode, či žalovaný škodu spôsobil a či za ňu zodpovedá, či škoda bola spôsobená aj zavinením poškodeného, prípadne či nárok nie je premlčaný, alebo či nezanikol.“ Tento druh medzitýmneho rozsudku, resp. jeho prípadné vydanie zo strany súdu podlieha jedine kritériu účelnosti, teda princípu procesnej ekonómie. Súd v rozhodovaní najskôr o nároku na náhradu nemajetkovej ujmy a následnom (pravdepodobne s odstupom väčšieho času) rozhodovaní o výške tohto nároku, účelnosť nevzhliadol. Vzhľadom k prijatému záveru o preukázaní nároku na náhradu nemajetkovej ujmy považoval naopak za účelné, potrebné a vhodné rozhodnúť priamo o výške uplatnenej náhrady nemajetkovej ujmy (vrátane uplatneného morálneho zadosťučinenia).

66. V časti rozhodovania o trovách konania vychádzal súd z nálezu Ústavného súdu SR z 23. januára 2014, sp. zn. IV. ÚS 599/2013 ako aj z judikatúry Najvyššieho súdu SR v konaniach sp. zn. 5 M Cdo 7/2010, sp. zn. 3 M Cdo 4/2009 a sp. zn. 5 Cdo 202/2009, z ktorých vyplýva, že priznanie náhrady trov konania je dané, ak je žalobca úspešný v hlavnom predmete konania, ktorým primárne je ochrana osobnosti (a nie len jeho jedna zložka, ktorou je napríklad materiálna satisfakcia). Je preto namieste priznať náhradu trov konania v celom rozsahu v tých prípadoch, ak je žalobca úspešný v tomto hlavnom predmete. Najmä z posledne citovaného rozhodnutia Najvyššieho súdu SR vyplýva, že aj rozhodovanie o priznaní či nepriznaní náhrady nemajetkovej ujmy v peniazoch závisí od úvahy súdu, a preto je v prípade úspešnosti žaloby o ochranu osobnosti v hlavnom predmete konania (ktorým je primárne ochrana osobnosti), dôvodné priznať náhradu trov konania. V uvedenej veci preto nemožno rozhodovať o náhrade trov konania na základe princípu čiastočného úspechu ale vzhľadom k úspechu žalobcov v hlavnom predmete konania (ako aj v priznaní morálneho zadosťučinenia a čiastočne aj materiálnej satisfakcie) bolo potrebné priznať žalobcom plnú náhradu trov konania.

67. Podľa § 258 ods. 2 Civilného sporového poriadku, náhradu účelne vynaložených hotových, preukázaných a uplatnených výdavkov súd prizná aj znalcovi, ak bol vyslúchnutý podľa § 208 ods. 3.

68. Podľa § 262 ods. 1 Civilného sporového poriadku, o nároku na náhradu trov konania rozhodne aj bez návrhu súd v rozhodnutí, ktorým sa konanie končí.

69. Podľa § 262 ods. 2 Civilného sporového poriadku, o výške náhrady trov konania rozhodne súd prvej inštancie po právoplatnosti rozhodnutia, ktorým sa konanie končí, samostatným uznesením, ktoré vydá súdny úradník.

70. Ustanovenie § 262 C.s.p. sa vzťahuje aj na rozhodovanie o nárokoch iných zúčastnených subjektov, teda znalcov, svedkov a iných, pokiaľ ich nároky na znalečné alebo svedočné neboli kryté preddavkami. V takýchto prípadoch súd uloží neúspešnej strane povinnosť náhrady týchto nákladov podľa rovnakých

kritérií ako pri rozhodovaní o náhrade trov strán sporu. Na základe uvedeného rozhodol súd o nároku znaleckého ústavu tak ako je uvedené v šiestom výroku tohto rozhodnutia.

Poučenie:

Proti tomuto rozsudku možno podať odvolanie v lehote 15 dní odo dňa jeho doručenia na Okresnom súde Trenčín písomne v dvoch vyhotoveniach.

V odvolaní sa uvedie, ktorému súdu je určené, kto ho robí, ktorej veci sa týka, čo sa ním sleduje, uvedie sa spisová značka, ďalej sa uvedie proti ktorému rozhodnutiu smeruje, v akom rozsahu sa napáda, z akých dôvodov sa rozhodnutie považuje za nesprávne (odvolacie dôvody) a čoho sa odvolateľ domáha (odvolací návrh). Odvolanie musí byť podpísané. Rozsah, v akom sa rozhodnutie napáda, môže odvolateľ rozšíriť len do uplynutia lehoty na podanie odvolania.

Ak žalovaný nesplní povinnosť uloženú týmto rozsudkom, môže žalobca podať návrh na vykonanie exekúcie podľa Exekučného poriadku.