

Univerzita Karlova
Fakulta humanitních studií

Aplikovaná etika



**Etické souvislosti alokace zdrojů s ohledem na možnosti a meze
pravidelného dialyzačního léčení**

Disertační práce

Mgr. Martina Dingová Šliková

Vedoucí práce: MUDr. Anetta Jedličková, Ph.D.

2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem. Zároveň prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne: 2.2. 2021

Martina Dingová Šliková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní MUDr. Anettě Jedličkové, Ph.D. a paní prof. RNDr. PhDr. Heleně Haškovcové, CSc. za cenné rady a podporu při vedení disertační práce. Za užitečné konzultace ohledně realizace praktické části práce děkuji paní doc. PhDr. Barboře Vegrichtové, Ph.D., MBA. Poděkovat bych také chtěla respondentům výzkumu, kteří se nezalekli citlivého tématu a ochotně se se mnou podělili o své životní zkušenosti a názory. V neposlední řadě děkuji členům své rodiny za podporu a trpělivost, kterou projevovali po dobu psaní disertační práce. Tuto práci bych ráda věnovala všem kolegům zdravotníkům, kteří obětavě pracují v nelehkých podmínkách současného zdravotnictví.

Abstrakt

Ústředním tématem disertační práce jsou alokace zdrojů v pravidelném dialyzačním léčení v etických souvislostech. Cílem práce je detekce, popis a porozumění etickým problémům vznikajícím v souvislosti s problematickým přidělováním zdrojů v pravidelném dialyzačním léčení.

Teoretická část práce je zaměřena na zmapování výše uvedené problematiky z různých úhlů pohledu. Pomocí analýzy relevantní literatury je poukázáno na historickou determinaci a společensko-ekonomické souvislosti obtížného přidělování vzácných zdrojů ve zdravotnictví, které následně zapříčinily vznik specifických etických problémů v klinické praxi dialyzačního léčení. Uvedené etické problémy jsou diskutovány chronologicky, a to od prvního použití dialyzačního přístroje až po současnost, kdy je tato terapie považována za standardní klinickou metodu.

Praktická část práce obsahuje výsledky kvalitativního výzkumu, jehož záměrem bylo prozkoumat zkušenost respondentů s alokací zdrojů v pravidelném dialyzačním léčení, a to i v etických souvislostech. Data pro výzkum byla získána pomocí expertních rozhovorů, k analýze dat byla využita metoda interpretativní fenomenologické analýzy. Výsledkem výzkumu je interpretace vzájemně propojených významných témat, která se na základě zkušenosti dotazovaných expertů objevují. Klíčové téma představuje stávající nastavení procesů alokačního rozhodování na makroúrovni. Respondenti vnímají jako problematické nastavení systému úhrad zdravotní péče ze strany zdravotních pojišťoven, které spojují se vznikem řady etických problémů v klinické praxi. Za nejzávažnější z nich považují nespravedlnost a nerovnost v nastavení pravidel pro alokace zdrojů na makroúrovni, které ve svém důsledku narušuje étos lékaře – nefrologa. Za významný etický problém považují i ohrožení kvality poskytované zdravotní péče, což je spojeno se zvýšeným rizikem zneužívání uživatelů zdravotní péče z ekonomických důvodů.

Předložená disertační práce, obohacená o výsledky výzkumného šetření, přináší vhled do podstaty etických souvislostí, které mají spojitost s alokací zdrojů v pravidelném dialyzačním léčení a přispívá tak k hlubšímu porozumění i otevření zkoumané problematiky.

Klíčová slova

Alokace zdrojů v medicíně, alokace zdrojů ve zdravotnictví, dialyzační léčení akutní, dialyzační léčení pravidelné, dialyzační pracoviště, dialyzační středisko, etika lékařská, etika zdravotnická, historie dialýzy, interpretativní fenomenologická analýza, nefrologie

Abstract

The main theme of the dissertation work are allocations of sources in regular dialysis treatment in ethical context. The aim of the work is detection, description and understanding to ethical problems forming in context with questionable allocation of sources in regular dialysis treatment.

The theoretical part of the work is concentrated on mapping above mentioned problems from various point of view. By the help of analysis of pertinent literature it is referred to historical determination and social-economic context of difficult allocation of rare sources in health service, which subsequently caused development of specific ethical problems in clinical practice of dialysis treatment. Above mentioned ethical problems are discussed chronologically, namely from the first using of a dialysis device up to now, when this therapy is considered to be a standard clinical method.

The practical part of the work contains results of high-quality research, the aim of which was to explore the experience of respondents with allocation of resources in regular dialysis treatment and so in ethical context. The dates for the research were obtained by the help of expert dialogues, the method of interpretative phenomenological analysis was used to the analysis of dates.

The results of the research is the interpretation of mutually joined significant themes, which appear on the basis of experiences of enquired experts. The key theme represents prevailing setting of processes of allocation decision at the macro level. The respondents perceive adjustment of the system of reimbursement of medical care from the side of medical insurance companies as problematical. These are joined with a development of series of ethical problems in clinical practice. As the most important of them I consider injustice and unevenness in adjustment of rules for allocation of sources at the macro level, which consequently upset an ethos of a doctor-nephrologist. As a significant ethical problem. I also consider danger of quality of given medical care joined with increased risk of users' abusing of the medical care from economical reason.

The submitted dissertation work enriched by results of research investigation brings insight into the gist of ethical aspects joined with allocation of sources in regular dialysis treatment and it could contribute to deeper understanding and opening investigated problems.

Key words

Allocation of sources in medical science, allocation of sources in health service, dialysis acute treatment, dialysis regular treatment, dialysis workplace, dialysis centre, medical ethics, health ethics, interpretative phenomenological analysis, history of dialysis, nephrology.

Obsah

Abstrakt	4
Abstract	5
1 Úvod	9
2 Alokace zdrojů v medicíně – problém praktický i etický	14
2.1 Historické a etické souvislosti etablování stěžejních zdrojů	20
2.1.1 Institucionalizace medicíny – klady, zápory a etické konsekvence	28
2.1.2 Lékařská etika, právo a politika v procesu institucionalizace medicíny	32
2.2 Zdravotnické systémy na našem území a etické souvislosti	37
2.2.1 Alokace zdrojů v pravidelném dialyzačním léčení – současnost	45
3 Uvedení do problematiky náhrady funkce ledvin	55
3.1 Náhrada funkce ledvin	56
3.1.1 Příprava a indikace pacienta k léčbě metodami náhrady funkce ledvin	58
3.2 Pravidelné dialyzační léčení.....	60
3.2.1 Hemodialyzační střediska	61
3.2.2 Extrakorporální hemodialýza	62
3.2.3 Intrakorporální peritoneální dialýza	63
3.2.4 Psychická stránka a kvalita života pacientů	65
3.3 Transplantace ledvin	68
4 Medicínská a etická úskalí začátků dialyzačního léčení	70
4.1 První pokusy	70
4.1.1 Úspěšná hemodialýza u člověka	72
4.1.2 Proces zavádění hemodialýzy do klinické praxe.....	73
4.2 Začátky hemodialýzy v Československu	77
4.2.1 Získávání dalších zkušeností se „smrtícím strojem“	82
4.3 Etický problém ideální a dostupné medicíny v začátcích dialyzačního léčení	86
4.3.1 Etické problémy při zavádění hemodialýzy a étos lékaře	88
5 Pravidelné dialyzační léčení – alokace zdrojů a etické souvislosti	97
5.1.1 Zahájení pravidelného dialyzačního léčení	98
5.1.2 Zahájení pravidelného dialyzačního léčení v Československu	101
5.2 Dialyzační léčení 70. let 20. století	104
5.2.1 Nárůst počtu komplikací u pacientů.....	109
5.2.2 Snahy o řešení problémů	112
5.3 Dialyzační léčení 80. let 20. století	117
5.3.1 Začátky dětské hemodialýzy – etické otázky	121
5.3.2 Snahy o zvyšování kvality života pacientů	123

5.3.3	Etické problémy alokace zdrojů v začátcích pravidelného dialyzačního léčení.....	126
5.3.4	Matematika milosrdenství v kontextu distributivní spravedlnosti	127
6	Pravidelné dialyzační léčení v letech 1989–2020.....	146
6.1	Etické problémy spojené s alokací zdrojů současného dialyzačního léčení.....	153
7	Kvalitativní výzkum	164
7.1	Metodologické předpoklady výzkumu	165
7.2	Cíl výzkumu	168
7.2.1	Výzkumná otázka.....	168
7.3	Výběr respondentů expertního charakteru.....	169
7.3.1	Zajištění vstupu do terénu	171
7.3.2	Vzorek respondentů	172
7.4	Role výzkumníka.....	172
7.5	Sběr, záznam dat a etické aspekty	173
7.6	Analýza dat.....	177
7.7	Výsledná interpretace dat	179
7.7.1	Náhled na makroúroveň alokačního rozhodování.....	179
7.7.2	Vnímání rizik	195
7.7.3	Strategie zvládnání.....	211
7.7.4	Osobní vztahy	217
7.8	Limity výzkumu	224
7.9	Závěrečná diskuze nad zjištěnými etickými problémy.....	225
8	Závěr	234
	Seznam citované literatury	235
	Seznam citované legislativy	250
	Přehled významných osobností.....	252
	Seznam zkratk	255
	Seznam obrázků a tabulek	256
	Seznam příloh.....	I
	Příloha č. 1 Schéma indikace zahájení PDL	II
	Příloha č. 2 Informovaný souhlas a informace pro respondenta kvalitativního výzkumu	III
	Příloha č. 3 Stanovisko Etické komise pro výzkum FHS	IV
	Příloha č. 4 Ukázka analýzy textu rozhovoru	V
	Příloha č. 5 Četnost výskytu témat ve výpovědích respondentů.....	VI

1 Úvod

Motto:

„Stačí můj rozum na tento úkol či ne? Jestliže stačí, pak ho užívám na jeho provedení jako nástroje, jímž mě vybavila vesmírná příroda; pakli nestačí, bud' postoupím svůj úkol tomu, kdo ho dovede vykonat lépe, není-li mou přímou povinností, anebo ho konám, jak dovedu, ještě s přispěním někoho jiného, jenž podporován mým rozumem, může pak provést čin obecnému blahu právě teď příhodný a prospěšný. Neboť každý skutek, ať už ho konám sám nebo s přispěním jiného, má směřovat jen k tomu, co je prospěšné a přiměřené obecnému dobru.“

Marcus Aurelius

Palčivá otázka, zda a jakým způsobem by bylo možné zachránit nemocné trpící renálním selháním, stála za prvopočátkem snah badatelů vyvinout přístroj, který by dokázal nahradit funkci nativních ledvin. Po dlouhém a složitém období mnoha marných pokusů se jim nakonec podařilo umělou ledvinu sestrojít a úspěšně ji použít i u člověka. Přes tento nesporný pokrok se však brzy ukázalo, že vynález nové technologie přináší řadu zcela nečekaných problémů. Jako velice obtížný se ukázal samotný proces zavedení přístrojové hemodialýzy do klinické praxe. Nová metoda se totiž stala zdrojem pochybností a terčem kritiky mnoha odborníků i části laické veřejnosti. Hlavní důvody jejího odmítání zahrnovaly nejen obavy z nejistých výsledků nezvyklé a zpočátku nedokonalé technologie, ale i medicínské a etické otázky provázející umělé prodloužování života přístrojem. Kritizovány byly také vysoké náklady a nároky na spotřebu dalších zdrojů při budování prvních dialyzačních lůžek. Přesto objevitelé ve svém úsilí vytrvali a po několika letech se jim podařilo hemodialýzu prosadit jako regulérní terapii pro pacienty s akutním poškozením ledvin.

Zavedení pravidelného hemodialyzačního léčení určeného pro pacienty s nezvratným renálním selháním ledvin dlouho bránila celá řada problémů (medicínských, organizačních i etických). Přestože se nepodařilo všechny plně zvládnout, byl, a to o více než jedno desetiletí později než akutní, zahájen i tento typ dialyzační léčby. Budování dialyzačních kapacit však neprobíhalo takovou rychlostí, jakou bylo zapotřebí.

Následovalo ještě poměrně dlouhé období různými faktory zapříčiněného nedostatku zdrojů potřebných k terapii. Chyběly přístroje, ale i další potřebné technologie, finance i erudovaní odborníci, s čímž byl spojen nedostačující počet dialyzačních lůžek¹. Tato situace v mnoha zemích přetrvávala několik desetiletí (v některých málo ekonomicky rozvinutých státech trvá dodnes). Diskrepance mezi rostoucím množstvím pacientů (zejména pacientů v terminální fázi chronického renálního selhání) a počtem dialyzačních lůžek, který byl v klinické praxi k dispozici, přinášela řadu obtížných etických otázek. Jakým způsobem a kdo by měl v takovém případě přidělovat omezené zdroje? Podle jakého klíče vybrat z mnoha pacientů ty, kteří budou k dialyzační léčbě přijati? Jak dostát základním principům lékařského povolání, které jsou v podobných situacích v rozporu? Co lze považovat v tomto případě za spravedlivé? Stěžejní otázka alokačního rozhodování v klinické praxi, tedy komu dialyzační léčbu dopřát a komu nikoli, se tak stala mimořádně závažným a obtížně řešitelným etickým problémem. Situaci nedostatku zdrojů bylo nutné zodpovědným způsobem řešit, a to nejen na klinické úrovni, ale i v celospolečenském měřítku.

Po desítkách let úsilí se dialyzační léčba stala v ekonomicky rozvinutých zemích zcela dostupnou pro ty, kteří ji potřebují. Zvýšila se také kvalita přístrojové hemodialýzy, postupně byly také vyvinuty další metody náhrad funkce ledvin (např. peritoneální dialýza, transplantace ledvin) a pokročila i konzervativní léčba chronického selhání ledvin. Přesto původní složitý etický problém týkající se alokačního rozhodování, totiž otázka „komu ano, komu ne“, zůstává aktuální i v současnosti, změnil se však její kontext. Pravidelné dialyzační léčení stále zůstává ekonomicky nákladným typem terapie. V mnoha zemích je organizováno takovým způsobem, že přináší ve zvýšené míře apel na zvyšování ekonomického zisku, což se negativně promítá do klinické praxe. Důsledkem těchto snah může být aktéry vyvíjen nadměrný tlak na zdravotníky ve smyslu požadavku na zvýšení indikací ke zdravotní (např. diagnostické, terapeutické, ošetrovatelské) péči, což přináší následné riziko poškozování pacientů. V případě pravidelného dialyzačního léčení tak mohou být následkem např. nadbytečně indikované diagnostické a terapeutické výkony, především v podobě navrhování nebo prodlužování dialyzační léčby (např. přístrojové hemodialýzy), a to i v případě, že pacientům prokazatelně neprospívá. Ve snaze preferovat ekonomicky výhodnější výkony nelze ve výčtu vynechat i omezování indikací pro pacienta terapeuticky vhodnějších postupů (např. transplantace ledvin nebo konzervativní léčby).

¹ V odborné literatuře ustálený pojem dialyzační lůžko je v disertační práci užit ve smyslu kompletně vybaveného dialyzačního místa pro pacienta, kde lze provádět terapii přístrojovou hemodialýzou.

Profesorka lékařské etiky H. Haškovcová (2015, s 99) upozornila ve svém posledním vydání Lékařské etiky v této souvislosti na realitu „*tzv. nadbytku léčby*“. Je přesvědčena, že z hlediska lékařské etiky je třeba zajistit, aby pacienti nebyli v tomto směru zneužíváni a nebyla jim poskytována nadbytečná léčba při nevhodné indikaci.

Podobné nadužívání lékařských intervencí může mít i další negativní následky. Zejména v solidárních zdravotnických systémech hrozí omezování potřebných diagnostických či léčebných úkonů u dalších pacientů, na jejichž terapii se díky výše uvedeným skutečnostem již finanční (a potažmo další) zdroje nemusí dostávat. Zneužívána je tak v podstatě celá společnost, která na zdravotní péči nemalými částkami přispívá.

Vzhledem k tomu, že jsem se opakovaně zabývala problematikou dialyzačního léčení (v oblasti ošetrovatelské péče), hlavním motivem volby tématu disertační práce se staly mé osobní zkušenosti z profesního působení na hemodialyzačním středisku. Ke zpracování problematiky etických souvislostí alokace zdrojů mě vedl fakt, že se náš dialyzační tým v klinické praxi opakovaně potýkal s některými výše uvedenými etickými problémy. Častokrát jsme dialyzovali pacienty, u kterých jsme byli přesvědčeni, že jejich kauzální léčba je již skutečně marná (jednalo se např. o pacienty s diagnózou multiorgánového selhání, s rozsáhlým a neřešitelným krvácením do mozku či v terminální fázi maligního onemocnění, jejichž prognózu lékaři považovali za infaustní), což se vzápětí také potvrdilo. Jelikož jsme byli opakovaně svědky jejich utrpení a prodlužování života intenzivní léčbou za jeho současně nízké kvality, přemýšleli jsme o důvodech, které vedly lékaře k rozhodnutí tyto pacienty dialyzovat. Svou roli pravděpodobně hrál fakt určité doznívající tradice heroické medicíny ve smyslu převládajících názorů zachraňovat pacienty za každou cenu² a stejně tak, že lékaři měli, při tehdy platných legislativních pravidlech, omezené možnosti postupovat jiným způsobem. Na druhou stranu jsme se neubránili určitým pochybám, zda v celé věci nehraje roli i ekonomika. Při úvahách o volbě tématu disertační práce jsem si uvědomila, že by mohlo být přínosné zpracovat téma etických souvislostí alokace zdrojů v pravidelném dialyzačním léčení komplexněji.

² Podobně, pokud docházelo k situacím kardiopulmonální resuscitace, měli jsme povinnost ji vždy provádět, a to i u pacientů s infaustní prognózou. Více o specifické problematice zvané *Do Not Resuscitate* lze nalézt např. v publikacích lékařky intenzivistky J. Drábkové nebo onkologa O. Slámy.

Jako hlavní cíl disertační práce jsem tak vytýčila vyhledání, popis a porozumění těm etickým problémům, které vznikají v souvislosti s alokací zdrojů v pravidelném dialyzačním léčení. K dosažení stanoveného cíle jsem se rozhodla využít kombinace dvou základních přístupů, a to studia dostupné literatury a kvalitativního výzkumu.

Teoretická část disertační práce vychází ze studia a analýzy relevantní literatury³. První kapitola mapuje tu oblast alokace stěžejních zdrojů v medicíně (odborníků a hmotných zdrojů, přičemž dialyzačním technologiím je věnována samostatná část práce), která následně ovlivnila pravidelné dialyzační léčení, a to včetně vybraných historických, společenských, ekonomických a etických souvislostí. Přestože vznik dialyzačního léčení se datuje do období II. světové války (1939–1945), k prozkoumání alokace zdrojů v medicíně je zvolen hlubší historický vhled, protože je, dle mého názoru, tento kontext nutný pro pochopení širších etických konsekvencí. Vycházím z premisy, že k prozkoumání etických problémů je nutné dobře znát související realie. Z důvodu specifčnosti dialyzační léčby je druhá kapitola věnována uvedení do problematiky současných možností náhrad funkce ledvin, v níž je detailněji rozpracována oblast pravidelného dialyzačního léčení, a to včetně alokace stěžejních zdrojů. Následující kapitola navazuje textem o medicínských i etických úskalích začátků dialyzačního léčení. Podrobně jsou zde popsány první pokusy s přístrojovou dialýzou a proces zavádění metody do klinické praxe. Pozornost je zde věnována okolnostem přidělování zdrojů, jejichž nedostatek zapříčinil závažné etické problémy. Jedná se o etické problémy výzkumu technologie umělé ledviny a následného rozporu mezi ideální a dostupnou medicínou, které jsou v příslušných kapitolách diskutovány v kontextu etiky ctnosti, etiky odpovědnosti a étosu lékaře. Další kapitola je zaměřena na situaci zahájení pravidelného dialyzačního léčení. V této kapitole je také rozpracován úzce navazující problém matematiky milosrdenství v kontextu distributivní spravedlnosti. Teoretická část práce je uzavřena rozborem etických souvislostí, které jsou spojovány se současnou podobou alokace zdrojů v pravidelném dialyzačním léčení. Patří mezi ně problémy s nadužíváním léčby, tzv. *overtreatment*, v kontextu s jevem nazývaným *cherry picking* („vyzobávání třešniček na dortu“).

Řadí se sem i problematika ukončení dialyzační léčby, ať již na žádost pacienta, tzv. *stopping*, nebo samotnými nefrology, tzv. *withdrawal*, či nezařazování pacientů do pravidelné dialyzační léčby, tzv. *withholding*.

³ Odborných monografií a článků na podkladě odborné rešerše Národní lékařské knihovny v Praze a Státní vědecké knihovny v Kladně.

Protože současná situace etických souvislostí alokace zdrojů v pravidelném dialyzačním léčení v České republice není v dostupných literárních zdrojích detailněji popsána, na teoretickou část disertační práce navazuje praktická část, a to v podobě kvalitativního výzkumu. Pomocí metody hloubkových expertních rozhovorů s cíleně vybranými respondenty (nefrologové s dlouholetou praxí ve vedoucí pozici v pravidelném dialyzačním léčení) a následným zpracováním dat pomocí interpretativní fenomenologické analýzy je záměrem výzkumného šetření zjistit, jakou mají tyto respondenti zkušenost s problematikou alokace zdrojů v pravidelném dialyzačním léčení. Jako součást výzkumu je plánováno zjistit, v jakých etických souvislostech respondenti alokaci zdrojů v pravidelném dialyzačním léčení vnímají, a tím poukázat na některé možné skryté etické problémy v této oblasti zdravotnictví. Pro ilustraci tematizované látky je použito několik výroků respondentů i v teoretické části práce.

2 Alokace zdrojů v medicíně – problém praktický i etický

Nemoci jsou od pradávna nedílnou součástí lidských životů a snaha je léčit stojí za zrodem umění léčit, medicíny⁴. Lékaři, kteří se tohoto nesnadného úkolu ujali, kvůli dobově nedostačující úrovni poznání mnohdy nedokázali nemocným účinně pomoci, což je často stavělo do role bezmocných přihlížejcích. Potřeba změnit tyto obtížné situace se stala jednou z hnacích sil výzkumu. Lékaři (a s nimi i další badatelé) s vizí prozkoumání a konečného vyřešení zdravotních problémů lidstva skutečně dokázali medicínu posunout směrem k obrovskému pokroku. Předchozí desetiletí přinesla takovou úroveň poznání a technologického rozvoje, že se to při zpětném pohledu zdá až neuvěřitelné a tento trend stále pokračuje. V současnosti lékaři s pomocí odborníků přírodovědeckých a technických oborů zvládají diagnostikovat a s úspěchem léčit řadu patologických stavů. Z tohoto důvodu se také vysoce technicky vyspělá medicína (nazývaná také vědecká) postupně rozšířila do mnoha ekonomicky rozvinutých zemí světa, kde výrazně přispěla ke zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. Oproti předchozím generacím se zde lidé dožívají delšího věku, nejsou zdaleka tolik ohroženi úmrtím při epidemiích, klesla kojenecká i dětská úmrtnost, stejně tak jako úmrtnost žen při porodu. Pokud nemocní potřebují zdravotní péči⁵, tak jim je ve většině zemí poskytnuta v dobré kvalitě, včas, v odpovídajícím prostředí a v právním rámci, který garantuje stát.

Filozof J. Patočka (2007, s. 84) ve svých úvahách trefně napsal: „*Člověk industriální epochy je nesrovnatelně mocnější, má k dispozici mnohem větší zásobárnu sil než lidé starších dob, sahá do subatomárních oblastí, z nichž se živí hvězdy, protože Země mu nestačí: žije v nesrovnatelně větší společenské hustotě a dovede toho využít...*“.

Zaměříme-li se však na situaci podrobněji, zjistíme, že zdaleka nepřináší jen výše uvedená pozitiva. Vědecký pokrok v medicíně sebou totiž nese po celou dobu vývoje i stinné stránky a problémy, a to včetně těch etických. Na tento fakt upozorňuje řada autorů zabývajících se lékařskou etikou. Např. H. Haškovcová (2015) uvedla, že přes obrovský pokrok v léčení nové technologie sice některé problémy dokážou odstranit, jiné však mohou přinést.

⁴ Pojem medicína (z lat. *ars medicinae*, umění léčit) je zde užit ve smyslu, který zahrnuje teoretické poznání a praktické postupy v péči o zdraví, prevenci, diagnostiku, léčbu i rehabilitaci. Jako synonymum pro pojem medicína se běžně používá i slovo lékařství.

⁵ Zdravotní péče je hlavní složkou zdravotnictví a zajišťuje poskytování jednotlivých zdravotnických služeb. Zahrnuje podporu a výchovu ke zdraví, prevenci, léčebnou a rehabilitační péči.

Podobně se lékař zabývající se lékařskou etikou J. Šimek a filozof V. Špalek (2002) společně zamýšleli nad zvyšujícím se tempem rozvoje zdravotnických technologií a jeho negativními následky. Ve své knize upozornili nejen na pokračující dehumanizaci⁶ medicíny, na nebezpečí ekonomická a sociální, ale především na doprovodné etické problémy.

Za jednu z hlavních příčin přibývání etických problémů lze považovat samotnou vědeckou podstatu současné medicíny. Její dominantní charakteristikou je zkoumání lidského těla, při němž jsou pomocí vědeckých metod hledány příčiny chorob a možnosti jejich ovlivnění. Ne vždy však poznání, spojené s aplikací nových postupů a otevření mnoha dalších cest řešení, znamená jen užitek a dobro. Bádání mnohdy bylo (a je) prováděno za nepřiměřeně vysokou cenu, jakou jsou např. eticky problematické pokusy na člověku, které ve své nejděsivější podobě vyvrcholily za II. světové války. Podobně i ověřené a účinné vědecké objevy, které již byly prováděny v rámci poválečných etických a legislativních pravidel (např. vývoj umělých orgánů, které umožňují přežití pacientům), mohou ve svých výsledcích přinášet etické problémy. Příkladem těchto problémů mohou být závažné invalidizující následky léčby nebo chronifikace chorob spojené s prodlužováním života za jeho mnohdy subjektivně i objektivně vnímané nízké kvality. Tento trend je spojen i s proměnou charakteru chorob (např. přibývání tzv. civilizačních nemocí).

Stejně tak eticky kontroverzní jsou nepredikovatelné budoucí následky některých nových technologických postupů. Zatím s nedozírnými následky se jedná např. o změny lidského genomu metodou editace zásahem do embryonálních buněk člověka⁷ (Bartůnek, Ptáček, 2018).

Velkou roli v uvedené problematice hraje i postupná proměna celé evropské společnosti a s ní spojené změny v organizaci léčení. Medicína byla totiž postupně zintegrována do složitého organizačního celku nazývaného souhrnným pojmem zdravotnictví⁸. Současné zdravotnictví je v různých státech organizováno do podoby rozličných typů zdravotnických systémů, které zahrnují nejen pacienty, jako uživatele zdravotní péče a jejich lékaře, ale i řadu dalších aktérů. Dá se konstatovat, že mnoho různých typů odborníků poskytuje zdravotní péči v pestrém spektru zdravotnických zařízení.

⁶ Dehumanizace medicíny představuje další z negativních následků technologického rozvoje. Do vztahu mezi lékařem a pacientem vstupují přístroje a nové postupy, přímý kontakt lékaře a pacienta je ohrožen, pacient se stává „biologickým“ materiálem, hrozí ztráta psychických, sociálních a duchovních dimenzí člověka (Šimek, 2015).

⁷ Angl. *Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats*

⁸ Zdravotnictví je zde pojato jako systém institucí zaměřených na organizaci zdravotní péče při zajišťování veřejného zdraví.

Souhrnně se pak odborníci i zdravotnická zařízení označují jako poskytovatelé zdravotní péče (Zavázalová, 2002; Křížová, 2018). Nedílnou součástí moderních a velice složitých systémů zdravotnictví se stali i ti, kteří za péči platí, tzv. plátcí zdravotní péče, kteří se liší podle typu zdravotnického systému v té, které zemi (např. zdravotní pojišťovny) (Křížová, 2018). Zdravotnické systémy také zahrnují anebo spolupracují s celou řadou dalších institucí od vzdělávacích přes vědecké až po ty, které dodávají léčivé přípravky nebo zajišťují technologie. Ve výčtu nelze opomenout ani význam politických institucí (Šimek, 2015).

Neproměnila se však jen medicína a její poskytovatelé, změnili se i samotní pacienti. V ekonomicky rozvinutých státech asi dnes již nenajdeme člověka, který by se během svého života s některou ze součástí systému zdravotnictví nesetkal. Do této sféry a k tomuto účelu vybudovaných institucí se totiž přesunuly i procesy lidského života, které tam dříve nepatřily. Je zde řešena lidská reprodukce, stárnutí, umírání i smrt (včetně určitého času po smrti), dokonce i tělesný vzhled nebo sport. S postupujícími možnostmi technologií se v této souvislosti otevřela problematika nazývaná angl. *human enhancement*⁹, která je spojená s touhou po vylepšení člověka medicínskými postupy, ať již po fyzické či po psychické stránce. Také některé běžné jevy, které od pradávna doprovázejí lidský život, a nebyly v minulosti považovány za nemoc, jsou v současnosti považovány za patologické s nutností je léčit (zmínit lze např. menopauzu, léčit neplodnost, nebo psychické potíže, např. úzkost, deprese apod.) (Šimek, 2015). Spolu se zlepšením diagnostických postupů jsou odhalovány a léčeny i drobné patologie, které by dříve zůstaly skryté. Podle kritiků novodobé podoby medicíny takto dokonce vytváříme nové nemoci. Jedním z následků tohoto jevu je, že se stírá rozdíl mezi těmi, kdo medicínu potřebují a těmi, kteří ji nepotřebují (Illich, 2002; Šimek, 2015). Do problematiky důvodů této tzv. medicinalizace života lze přičíst i současné změny v rodinných konstelacích. Tyto změny, které se v různé míře týkají všech generací, představují opouštění tradičních rodinných vazeb i domácích modelů péče. Situace, původně běžně řešené v rodinách, jsou přenášeny do medicíny, a tím do zdravotnických institucí (Haškovcová, 2018). Vědecká medicína, proměnivší svůj charakter na zdravotnický kolos a zahrnující celou řadu subjektů, je mnohými dlouhodobě kritizována¹⁰ s argumentací, že je se svými institucemi přebujelá, dehumanizovaná, či dokonce ztratila své původní poslání (tedy prospěch pacienta) a sleduje více své vlastní zájmy (včetně ekonomických).

⁹ Ne zcela výstižný je český ekvivalent tzv. vylepšování, zkvalitňování lidí.

¹⁰ Známým kritikem současné podoby institucionalizovaného zdravotnictví byl v textu uváděný vídeňský rodák, filozof a historik Ivan Illich (1926–2002).

At' již zaznívají názory vyzdvihující úspěchy medicíny, anebo se jedná o hlasy kritické a varující, všichni odborníci z různých odvětví se shodují na faktu, že její současná podoba přinesla jeden z nejzávažnějších problémů vůbec, stále se zhoršující a zatím neřešitelný, a to problém enormní ekonomické zátěže¹¹ všech společností.

Tento názor zastává i jeden ze zakladatelů bioetiky¹² ve Spojených státech amerických (dále USA) A. R. Jonsen a jeho spolupracovníci M. Siegler a W. J. Winslade (2019). Podle nich ve všech současných moderních rozvinutých společnostech zdravotnické systémy čelí problémům stále se zvyšujících potřeb a poptávky po zdravotních službách, což přináší narůstající potíže s přidělováním zdrojů.

Mezi stěžejní zdroje, které jsou nezbytné pro zdravotnictví, ekonomové řadí zdroje hmotné a lidské (Barták, 2010). Další odborníci detailněji rozlišují zdroje finanční, technologické i lidské a přidávají k nim např. i čas (Zavázalová, 2002) nebo geografickou dostupnost (Haškovcová, 2015). Uvedené zdroje jsou z povahy věci považovány vždy za omezené, tzn. vzácné, zatímco potřeby ve zdravotnictví jsou dnes naopak vnímány jako neomezené (Barták, 2010). Pojem alokace zdrojů¹³ pak znamená distribuci disponibilních vzácných zdrojů optimálním způsobem, tedy tak, aby byl zajištěn bezchybný chod každé organizace (Grohar-Murraye, DiCroce, 2003).

Palčivá problematika alokace zdrojů v medicíně, resp. ve zdravotnictví, tak stojí v ohnisku zájmu různých odborníků, a to nejen ekonomů¹⁴, ale i politologů, sociologů, právníků, filozofů, lékařů a dalších profesí. Např. H. Haškovcová (2015, s. 95) ve své Lékařské etice uvedla, že: *„Je známou skutečností, že kvalitní lékařská péče je nákladná a že tyto náklady v posledních desetiletích exponenciálně rostou a s mimořádným rozvojem nových technologií a vědeckých objevů, růst budou. Bylo by vysoce mravné a spravedlivé, kdyby bylo možné léčbu odpovídající aktuálnímu stavu vědeckému poznání dopřát každému, kdo ji potřebuje, a to kdykoliv a kdekoliv. Nelze zastírat, že je to prakticky nereálné. Disponibilní zdroje jsou naprosto v každé zemi omezené.“*

¹¹ Výdaje na zdravotnictví ve vyspělých zemích vykazují každoroční nárůst. Jen u nás se od roku 1990 v běžných cenách zvýšily více než 9krát, na celkových 287 mld. Kč za rok (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2019).

¹² Pojem bioetika je užíván ve smyslu pojmu nadřazeného lékařské etice. Zahrnuje širší problematiku než lékařská etika, protože zahrnuje i zkoumání etických problémů v oborech, které s medicínou úzce souvisí (Haškovcová, 2015).

¹³ Z lat. *ad-k, locare* – umísťovat

¹⁴ Ekonomika zdravotnictví zahrnuje ekonomické hodnoty, vztahy a procesy mezi nimi ve zdravotnickém systému, zatímco ekonomika zdraví zahrnuje i další faktory, které mají vliv na zdraví (např. životní styl).

Filozof J. Sokol (2008, s. 137) uvažuje podobným způsobem ve své knize Filozofická antropologie s podtitulem Člověk jako osoba. V kapitole věnované problematice stárnutí a smrti ve zdravotnických institucích klade otázku, považovanou, podle jeho mínění, mnohými za nepřijatelnou: „...*kdo to všechno zaplatí?*“. Podle jeho názoru tato otázka souvisí s diskrepancí mezi rozvojem a možnostmi medicíny prodlužovat život a prostředky, které na tento cíl společnost může uvolnit. Tento autor se domnívá, že ani společnosti, které jsou na tom ekonomicky dobře, nedisponují neomezenými prostředky, tudíž nákladná péče poskytovaná jednomu vždy omezí druhé. Lékaři a ostatní odpovědní činitelé tak opakovaně stojí před těžkým rozhodováním a volbou, jaký objem péče je nutný, či možný, ale také, kdy už kauzální léčbu ukončit. Podle J. Sokola by se sice rozhodovat o jiných a za ně nemělo, ale jsou situace, kdy se tomu nelze vyhnout.

Také J. Šimek (2015, s. 89) napsal: „*Pryč jsou doby, kdy se pečující odborník setkával se svým nemocným na víceméně libovolném místě a způsob a rozsah péče byl dán jejich dohodou...Zdravotní péče se stala vysoce náročnou odborností a prostředky poskytování péče si vyžadují stále větší finanční náklady.*“

Každý vyspělý zdravotnický systém světa, obzvláště však ty založené na principu společností uznané distributivní spravedlnosti (dnes tzv. solidární systémy), již dlouhodobě řeší, jakým způsobem alokovat disponibilní zdroje tak, aby byla péče poskytována v co možná nejvyšší kvalitě a dostupná co nejvíce lidem (nejlépe všem) za rozumné náklady. Je tak nucena usměrňovat nabídku i poptávku zdravotní péče (Křížová, 2018).

Problém je řešen různými způsoby, např. systémově, přičemž pro systémová řešení ekonomové užívají pojem „makroúroveň“. Na makroúrovni může být využívána tzv. přidělená péče, nazývaná běžně angl. pojmem *rationing*. V těchto situacích se řízení přiděluje buď nedostatková, nebo enormně nákladná terapie a stanovují se vnější pravidla pro její přidělení.

Péče je pak přidělována v různých podobách. Např. i když existuje vědecky ověřená¹⁵ optimální možnost léčby (tzv. ideální medicína), která je ale nákladná nebo těžce dostupná, a k ní je v praxi k dispozici varianta v podobě medicínsky ještě dostatečně účinné, tzv. *lege artis*¹⁶, ale levnější metody, pak je hrazena z veřejných zdrojů ona levnější varianta (situace je nazývána jako reálná medicína) (Haškovcová, 2015).

¹⁵ V současnosti tzv. medicína založená tzv. na důkazech, angl. *Evidence Based Medicine*, ze kterých se následně vychází při tvorbě doporučených postupů, angl. *guidelines*

¹⁶ Z lat. – dle pravidel umění, česká legislativa tento pojem běžně nepoužívá, přesto je v klinické praxi ustálen. Je jím myšleno poskytování zdravotní péče v souladu s profesními normami a dostupnými poznatky současné vědy.

Na makroúrovni bývá také regulován počet poskytovatelů zdravotní péče nebo omezováno množství nákladných výkonů za stanovený čas u určitého poskytovatele zdravotní péče. Zkracován může být čas hospitalizace, kontrole podléhá využití lůžek i přístrojů, jsou zaváděny kontrolní mechanismy, nejnověji např. tzv. hodnocení zdravotnických technologií¹⁷. Některá systémová omezení však přinášejí etické problémy do klinické praxe, ekonomy nazývané mikroúroveň. Jedná se o např. o přílišné prodlužování doby čekání na léčbu, omezenou kvalitu diagnostiky i terapie, tlak na předčasná propuštění hospitalizovaných pacientů, což vše může znamenat i fatální následky pro pacienta. Následkem mohou být i problémy s korupcí ve zdravotnictví (Maaytová, 2012; Šimek, 2015; Křížová, 2018). Jeden z nejzávažnějších dopadů podobných rozhodnutí, prováděných na makroúrovni, který se týká klinické praxe, tedy i dialyzačního léčení, představuje nejednoduché rozhodování lékařů koho, za jakých podmínek, v jaké variantě léčit, co a v jakém rozsahu mu poskytnout, event. komu a jakým způsobem dialyzační léčbu navrhnout či ukončit. Situaci ztěžuje fakt, že se lékaři, podléhající omezením i pravidlům celého zdravotnického systému, v němž pracují, nemohou rozhodovat nezávisle. Prospěch pacienta, o který by mělo jít v rozhodování lékařů především, tak nemusí být v souladu s požadavky poskytovatele zdravotní péče. Navíc se na systémové úrovni zájem poskytovatele může lišit i od zájmů plátce, tudíž konflikty zájmů všech aktérů jsou více než zřejmé.

V celé problematice hraje významnou roli i další aspekt, jenž se týká hlavně tzv. tržních typů zdravotnických systémů, ale objevuje se i v systémech solidárních. Do většiny vyspělých zdravotnických systémů totiž vstupuje různou měrou komerční sféra, tedy podnikatelské subjekty. Uvedené subjekty vyrábějí a dodávají potřebné technologie, léky i materiál, případně provozují zdravotnická zařízení. Ze svého jednání se logicky snaží profitovat, tzn. mít co nejvyšší ekonomický zisk.

V těchto případech lze hovořit až o ekonomizaci medicíny. Ta přináší do problematiky alokace zdrojů další komplikace, protože v současnosti tento typ podnikání často řídí velké nadnárodní společnosti (např. právě v oblasti pravidelného dialyzačního léčení i v solidárních systémech), jejichž apel na obrat a zisk je vysoký. To ovšem znamená nesoulad se snahou zdravotnické systémy řídit ve smyslu přiměřené alokace zdrojů (Šimek, 2015).

¹⁷ Angl. *Health Technology Assessment*, jedná se o posuzování zdravotních, ekonomických, sociálních i etických aspektů při používání zdravotnických technologií (např. léčebných, diagnostických, rehabilitačních postupů, zdravotnických prostředků, léčivých přípravků, preventivních opatření).

O stejném problému podobně píše i socioložka, která se zabývá zdravotnickými systémy, E. Křížová (2018). Rozhodování lékařů je podle ní ovlivňováno ekonomickými zájmy různých institucí propojených se zdravotnictvím, jako jsou zdravotní pojišťovny, dodavatelé technologií a političtí představitelé. Problematické je, pokud přechází zdravotnická zařízení do tržní sféry, a snaha omezit výdaje, ale hlavně zvýšit zisky je pak výrazná. Stejně tak systém zdravotního pojištění může být veřejnou zakázkou, o niž se soutěží jako o jakékoliv jiné zakázky (jako např. ve stavebnictví). Apel na zvyšování zisků ve zdravotnické sféře znamená ve svém důsledku další problémy etické povahy v klinické praxi, a to ve smyslu nadměrného tlaku na využívání a indikování léčby. V anglicky mluvících zemích jsou tyto jevy zahrnuty v pojmu *overtreatment*. Může jednat o nadbytečně indikované diagnostické i terapeutické výkony, prodlužování léčby, která pacientům již nijak neprospívá, nebo naopak nenavrhnouti vhodnějších (a mnohdy i ve výsledku levnějších) postupů (např. transplantace ledvin nebo konzervativní léčbu pro pacienty v pravidelném dialyzačním léčení). Riziko poškození pacientů je tak vysoké. Podobným „nadužíváním“ lékařských intervencí bývají na druhé straně omezeny diagnostické a léčebné úkony u dalších pacientů, např. s jiným druhem onemocnění, na jejichž terapii se již zdrojů nedostává. Zneužívána je takto celá společnost, která na zdravotní péči, převážně v solidárních zdravotnických systémech, přispívá.

Nelze než souhlasit s míněním J. Šimka a V. Špalka (2002, s. 15): „*Ekonomické motivy vnášejí totiž do práce zdravotníků principy jen obtížně slučitelné s principy, kterými se lékaři tradičně řídí ve své práci.*“

2.1 Historické a etické souvislosti etablování stěžejních zdrojů

Problematika přidělování omezených zdrojů rozhodně nepředstavuje v medicíně novodobý fenomén. Pro pochopení souvislostí, které v oblasti alokace zdrojů ovlivnily situaci pravidelného dialyzačního léčení a zapříčinily vznik specifických etických problémů, je zapotřebí provést exkurz do minulosti. Je nezbytné zmapovat, jak se jednotlivé vzácné zdroje, které jsou nezbytné pro medicínu (později pro zdravotnictví) vyvíjely do současné podoby, jak bylo organizováno jejich přidělování a podívat se blíže i na etické problémy, které tento proces doprovázely.

Odpovědnost za vlastní zdraví spočívala celá staletí výhradně v rukou samotných nemocných, jiné autority, až na malé výjimky, do těchto vztahů nezasahovaly. Pokud přece jen ano, pak se tak dělo většinou až v případě nahromadění obtíží, které je samé přímo ohrožovaly, event. ohrožovaly celou společnost (např. epidemie, enormní nárůst chudoby apod.). Nemocný tedy většinou sám (či s pomocí blízkých), většinou ale až po vyčerpání vlastních možností ke zvládnutí stavu, vyhledával „vyšší“ instanci, která by mu pomohla.

Ve všech civilizacích se postupně etablovalo, v závislosti na období a kultuře různými způsoby, povolání lékaře¹⁸, rozličné druhy „ošetřovatelů“ a mnohde i institucí, určených k léčení¹⁹. Lékaři jednak používali ke své činnosti dobové postupy a materiály (např. rostlinné látky, relikvie, amulety apod.) které mnohdy byly vzácné nebo těžko dostupné a zároveň museli být z něčeho živi, tudíž postupně vznikla potřeba uhradit jejich náklady na léčbu i živobytí. Většinou se tak dělo na základě soukromých smluvních vztahů mezi lékařem a nemocným, kdy nemocný hradil náklady na poskytnutou léčebnou péči sám (event. s pomocí svých blízkých), a to ať již v podobě naturálií nebo nějakým druhem protislužby, později i peněz. Svou roli jistě hrála i vděčnost nemocných, kteří lékaře odměňovali za své uzdravení. Medicína se stala řemeslem a s trochou nadsázky by mohla být přirovnávána k dnešnímu drobnému podnikání.

V této souvislosti se jistě našli lékaři „podnikavci“, ale i řada podvodníků, kteří za své služby žádali příliš mnoho. Zároveň existovali nespokojení pacienti, kteří platit odmítali, ba naopak žádali na lékařích satisfakce za neúčinnou léčbu, pochybení nebo je rovnou potrestali. Je nasnadě, že takto začala vznikat nedorozumění, která buď svým množstvím, nebo závažností začala ohrožovat tehdejší společnost a vyvstala potřeba je nějakým způsobem řešit. Protože lékařská profese nebyla ve starověkých společnostech zpočátku nikde příliš regulována a vztah mezi lékařem a jeho nemocným byl víceméně soukromého charakteru, časem se ukázal nutný zásah nějaké vnější autority, a to ve smyslu stanovení pravidel pro provozování lékařské praxe (Schott, 1994; Porter, 2013; Dingová Šliková, 2018).

¹⁸ Někde byli lékaři „samouci“, jinde se lékaři učili pod vedením zkušeného lékaře, později studovali ve školách, často byla funkce lékaře spojena s funkcí kněze. Existovaly i další profese: šaman, léčitel, později ranhojič, felčar, lazebník, litotomista, porodní bába apod., kteří též poskytovali léčbu podle svého zaměření. V podstatě se celá staletí jednalo o řemesla. Univerzitně vzdělaní lékaři se objevili až ve středověku v souvislosti se vznikem prvních evropských univerzit, nicméně chirurgické výkony až do pozdního novověku prováděli „nižší“ typy řemeslníků (vyjma Itálie a jižní Francie), což přinášelo řadu potíží ohledně kompetencí a postavení jednotlivých profesí (Schott, 1994).

¹⁹ Podrobnosti lze nalézt např. v knize Základy ošetřovatelství pro zdravotnické záchranáře (Dingová, Šliková, 2018).

Některé z prvních takových předpisů lze nalézt na stéle Chamurappiho zákoníku (kolem 1760 př. n. l.), kde je vytesáno devět paragrafů, které upravují působení lékařů v tehdejší Babylónské říši. V souvislosti s hlavním zaměřením disertační práce je zajímavostí vyčíslení výše odměn (měnou byly stříbrné šekely²⁰) za lékařské zákroky, které byly stanoveny tak, že jejich výše korelovala s možnostmi a sociálním postavením léčeného. Uvedené pravidlo by obstálo i za současných poměrů, protože tímto způsobem byla královským zákoníkem zajištěna určitá spravedlnost v přístupu nemocných k léčebné péči, což je vysoce ceněno i současnou společností (zejména v prosociálně orientovaných státech). Na druhou stranu zákoník uvádí tresty pro lékaře v případě nepovedených lékařských zákroků, jejichž tíže se taktéž mění v závislosti na sociálním postavení postiženého (poškození otroka znamenalo méně tvrdý postih), což bylo v tehdejších otrokářských společnostech považováno za zcela běžné (Schott,1994; Sokol, 2018).

Za jednu z prvních „vlastovek“ formování lékařské profese, které ovlivnilo soudobou vědeckou medicínu, lze považovat starověké Řecko. Podle filozofa Z. Pince (1999) měly starořecké městské státy²¹ agonální²² (soupeřivý) charakter.

Soupeřivost se promítala i do praktikování medicíny. Léčbu nejprve praktikovali kněží Asklépiova kultu²³, lékaře však mohl volně vykonávat v podstatě každý. Agonálnost lékařské praxe znamenala pro lékaře²⁴ konkurenční boj nejen mezi sebou, ale i s různými typy ranhojičů, léčitelů, vymítačů zlých duchů apod. Lékaři se museli dokázat prosadit a umět veřejně argumentovat ve svůj prospěch. Postupně začaly vznikat skupiny lékařů²⁵ (často zároveň filozofů) a zakládaly první lékařské školy, jejichž medicína se začala oddělovat od náboženství a postupně nabývala vědecké podoby, čerpajíc z příklonu k tehdejší přírodní filozofii (Porter, 2013).

²⁰ Tehdejší jednotka váhy stříbra

²¹ Antické obce *polis*

²² Duch boje *Agón*

²³ V podobě léčitelství a náboženské magie, Asklépiovy svatyně se nacházely v mnoha místech, např. v Epidauru, na Kóu, celkem jich bylo objeveno kolem 200.

²⁴ Řecky *Iátrói*

²⁵ Je nutné také odlišovat v antickém období lékaře svobodné a lékaře otroky.

Z některých dochovaných textů tzv. Hippokratovského²⁶ souboru (vznikal postupně mezi roky 500–100 př. n. l. z pera různých autorů) lze dovodit, že tehdejší rozšířený trhovecký způsob praktikování medicíny se některým lékařům nelíbil, a to hlavně z etických důvodů (někteří potulní lékaři nevhodným způsobem nakládali s pacienty). V reakci na výše popisované skutečnosti se skupiny lékařů lékařské školy nejprve v Knidu a později na řeckém ostrově Kós vymezily vůči těm, kteří dobrou pověst medicíny poškozovali, a to souborem etických pravidel, přesně určujících povinnosti lékařů, ke kterým se sami hlásili. Část Hippokratovského souboru spisů nazvaná O lékaři (asi 300 př. n. l.) obsahuje i pravidla k výkonu povolání zaměřená na výuku, chování a vzhled lékařů. Pravděpodobně kolem roku 400 př. n. l. vznikl dodnes nejslavnější deontologický etický kodex určený lékařům, který je součástí Hippokratovského souboru, s názvem Hippokratova přísaha²⁷. Tento kodex i v současnosti představuje základní kámen lékařské etiky, a to zejména se svým apelem na hlavní etické principy pro provozování lékařského povolání, jako je svědomí, odpovědnost, nepoškozování a s nimi spojené povinnosti lékařů (a jejich „učedníků“) vůči pacientům, ale i profesi. O konkrétních podmínkách úhrad lékařské péče uvedené texty nepojednávají, ale jak z jejich obecného důrazu na slušnost v jednání ve vztahu k pacientovi, tak i z apelu dbát na jeho prospěch, lze vyčíst důraz na rozumnou míru v této oblasti vzájemných vztahů. Příkladem je text Předpisy²⁸ jehož autor (nebo autoři) apeluje na lékaře, aby ještě před započítím léčby nevybírali peníze od pacientů, protože lékař má pěstovat dobrou pověst²⁹ a nebýt orientován na zisk. Zdůrazňují lidskost, lásku k člověku³⁰, ale i lásku k umění³¹ (myšleno lékařskému), která může být zřetelná i v tom, že lékař zohlední pacientovu možnost zaplatit, a dokonce, v případech pacientovy nouze, by měl léčit zcela zdarma (Hippokratés, cit. podle Bartoše, Fischerové, 2012).

²⁶ Lat. *Corpus Hippocraticum*, rozsáhlá sbírka různých textů, která vznikala postupně pravděpodobně jako inspirace z Hippokratova učení. Dodnes se vedou spory o dataci a autorství jednotlivých textů.

²⁷ Uváděným kodexům, ale i řadě dalších, se u nás dlouhodobě věnují např. čelní představitelky lékařské etiky H. Haškovcová a M. Munzarová. Spisům v *Corpus Hippocraticum* se detailně věnují např. autoři H. Bartoš a S. Fischerová.

²⁸ Řec. *Praeceptiones*

²⁹ Řec. *doxa*

³⁰ Řec. *filanthropie*

³¹ Řec. *filotechnie*

V první kapitole textu O lékaři³² (L IX 206) je mj. uvedeno: „*V jednáni at' si* (myšleno lékař) *vždy počíná poctivě, poněvadž často je třeba, aby jej poctivost zaštitila. Styky lékaře s nemocným nejsou nijak bezvýznamné: nemocní uvádějí sami sebe do závislosti na lékařích a ti jsou neustále v kontaktu se ženami, s mladými dívkami a s nesmírným bohatstvím. Ve všech těchto ohledech je proto nezbytné chovat se zdrženlivě. Takové, necht' jsou lékařova duše a tělo.*“ (Hippokratés, cit. podle Bartoše, Fischerové, 2012, s. 233).

Také Platón (338 c, cit. podle Novotného, 2017, s. 56) v Ústavě zaznamenal v jednom z rozhovorů Sókrata s Thrasymachem, a to o tom, co je spravedlivé, či nikoli: „*Než pověz mi: lékař v přesném smyslu, jak jsi právě vykládal, jest vydělavatelem peněz, či opatrovatelem nemocných? A rozuměj pravého lékaře.*“ A odpověď na tuto otázku zní: „*Opatrovatelem nemocných.*“

A Sókratés se dále táže: „*Není-liž pak umění* (myšleno zde lékařské a kormidelnické) *určeno k tomu, aby hledalo poskytovalo toho, co jest každému prospěšné?*“ Odpověď zní: „*Ano, k tomu jest.*“ (Platón, 341 c, cit. podle Novotného, 2017, s. 60)

Tyto zásady vyznával ale jen zlomek z množství tehdejších lékařů a nelze tvrdit, že situace tehdejšího praktikování řecké medicíny by byla ideální, a to ani ve smyslu dosažitelnosti péče. Mnohdy pacienti neměli požadované prostředky, anebo lékař nebyl k dispozici, a tak mezi běžnými lidmi vzkvétala laická svépomoc i uchylování se k různým typům „léčitelů“. Starověká řecká medicína, považovaná za kolébku soudobé medicíny evropské i arabské, přinesla v podobě hippokratovské tradice nejen vědecké pojetí chápání nemocí, oproštěné od náboženského vlivu, ale hlavně vizi lékařského povolání, jako umění, které je vykonáváno s úctou, láskou a slušností, s dobrým a přátelským vztahem k pacientovi, a nikoliv pro získání slávy a bohatství (Porter, 2013).

Další výjimky z dosavadní lékařské praxe přišly až spolu s nově se rozšiřujícími monoteistickými náboženstvími (křesťanství, islám³³) a jejich filantropickými snahami.

Již kdysi učení Starého zákona, posléze také Nový zákon (i Korán) přinesly důraz na pomoc bližnímu, milosrdenství, které je tak dodnes vnímáno jako ctnost a povinnost věřících. V tomto kontextu byla (a v duchu křesťanské tradice stále je) i nezištná péče o nemocné vnímána jako správná a žádoucí. Vyléčení samotné však podle křesťanského přesvědčení závisí na Božím rozhodnutí.

³² Řec. *De medico*

³³ V oblasti na východ od Středozemního moře, kde později převládl islám (přibližně 600 n. l.), prošla medicína zajímavým vývojem a v mnohém ovlivnila medicínu evropskou. Z důvodu omezeného rozsahu a tématu disertační práce je nadále věnována pozornost oblastem, kde převládalo křesťanství.

Podle svědectví z evangelií je Spasitel Ježíš z Nazaretu vnímán i jako léčitel a vzor lékařů. Důležitou součástí jeho působení je poselství předané učedníkům, v němž je nabádá, aby uzdravovali a nic za to nežádali (Schott, 1994).

Díky následování příkladu Krista tak vznikaly po celý středověk instituce (v Evropě, ale i na Blízkém východě) podporované církevními řády, často i věřícími dobrovolníky nebo mecenáši – panovníky, šlechtou, později měšťany, v nichž byla těm nejpotřebnějším, a to v souladu s požadavkem křesťanského milosrdenství i touze po spasení, poskytována zdarma charitativní péče různými typy ošetřovatelů (řádovými, zpočátku i laickými). Tato „služba“ byla spojená i s „léčebnou“ péčí (v raně středověké Evropě ovšem málokdy skutečně lékařskou (důvodem byl nízký počet lékařů a jedinou výjimkou byly špitální rytířské řády), která je dnes nazývána klášterní medicína³⁴. Všechny tyto snahy však byly spíše příslovečnou „kapkou v moři“ a v podstatě nemohly stačit potřebám obyvatel populačně se rozrůstající Evropy (Devies, 2013).

Vrcholný středověk v oblasti evropské medicíny představuje především vznik prvních lékařských škol, později i univerzit. Toto období charakterizuje rozpor mezi studovanými lékaři, kterých byl stále výrazný nedostatek a ostatními povoláními poskytujícími také „léčbu“. Univerzitně vzdělaní lékaři si dlouhé studium platili a mnohdy byli nuceni léta žít v cizině, pokud ve vlastní zemi univerzitu neměli k dispozici. Vznikla tak výrazná diskrepance mezi proklamovaným křesťanským „pomoci bližnímu svému a nežádat ničeho“ a životními (i profesními) potřebami lékařů. Nabyté odborné vzdělání a náklady s ním spojené lékaři promítali do svých honorářů, čímž se pro běžné obyvatele stali téměř nedostupní. Většina vystudovaných lékařů působila spíše na panovnických dvorech, u bohaté šlechty, ale i církevních hodnostářů apod. Obyčejní lidé se uchýlovali k levnějším službám řemeslníků typu ranhojičů, kýlořezců, okulistů, lazebníků, bradýřů, ale třeba i ke kovářům a katům, kteří se ale zabývali spíše chirurgickými zásahy (oproti léčbě konzervativní prováděné univerzitně školenými lékaři). Ve většině Evropy byla profese lékaře a „chirurgických řemesel“ dlouho oddělená a lékaři chirurgické praktiky považovali za méněcenné (jedinou světlou výjimkou byla Itálie a jižní Francie, kde i vystudovaní lékaři chirurgii přijali mezi své postupy), což přinášelo letité spory v kompetencích jednotlivých profesí.

³⁴ Nutné je poznamenat, že evropské kláštery po dlouhé období zůstaly jedinými centry vzdělanosti, kde byly uchovávány medicínské znalosti v podobě textů antických autorů.

Zároveň obě skupiny ohrožovali četní podvodníci a mastičkáři, bylo tedy jasné, že se nějakým způsobem budou muset regulovat pravidla pro vzdělání a činnosti v těchto povoláních. Zástupci provádění chirurgických praktik tak začali zakládat první cechy s výukou učedníků a jasně stanovenými pravidly. Na integraci do medicíny si ale „počkali“ až do 18. století (Devies, 2013; Porter, 2013; Dingová Šliková, 2018).

Na obranu proti zchudnutí, a právě pro doby nemoci nebo úrazu, začaly cechy různých řemeslníků zakládat svépomocná solidární sdružení, obdobu výše zmiňovaných římských *collegii*, do nichž všichni členové ukládali poplatek a poté čerpali příspěvek (Tomeš, 2001). Tyto spolky tak alespoň trochu vylepšovaly panující neutěšené poměry.

Novověk přinesl do Evropy další celospolečenské změny. Renesance „přispěla“ vědeckým rozvojem medicíny např. v oblasti anatomie, ale i farmacie. Přibývaly nejen nové léky i pomůcky, které se samozřejmě začaly více komerčně využívat a léčení se opět prodražovalo. Četné politické a náboženské konflikty či opakující se epidemie tohoto období přinesly řadu svízelných situací velkým skupinám obyvatel. Následný masivní nárůst chudoby znamenal potřebu reálných změn v organizaci i hrazení nákladů léčebné péče, přesto však podobné snahy byly spíše ojedinělé (Porter, 2013).

Velkou proměnu do této oblasti přineslo až 17. a 18. století s myšlenkovým proudem osvícenství. Ve spojení s vládou absolutistických panovníků a jimi propagovanými teoriemi o státním dohledu (např. v našich zemích zdravotnická policie J. P. Franka, zdravotní řády tereziánské reformy) oslabilo náboženskou autoritu, což se odrazilo i v podobě zavírání církevních institucí, které dosud zajišťovaly péči o potřebné. Na podkladě osvícenské víry v rozum a vědu následovala řada významných medicínských objevů a rozvoj prvních moderních technologií. Nastal také nový obrat v celospolečenském myšlení a politice. Pro zrod nově pojaté organizované podoby medicíny byly významné snahy o formulaci a veřejné vyhlášení přirozených lidských práv³⁵, kdy vyvrcholilo staleté úsilí o větší uplatnění subjektivních lidských práv. Důležitý byl ale i např. vznik liberalismu³⁶ s myšlenkou minimální záchranné sociální sítě (Tomeš, 2001).

³⁵ Již Aristoteles vymezil rámec pro rozvoj přirozených lidských práv v občanské společnosti svobodných lidí. Následovaly další milníky, nejvýznamnějším z nich se stala Deklarace lidských práv z r. 1789 ve Francii a později Všeobecná deklarace lidských práv v r. 1948.

³⁶ Ekonomická, politická i filozofická koncepce, která vznikla v Anglii na podkladě evropského osvícenství. Jedná se o hnutí prosazující svobodu člověka ve všech oblastech jeho činnosti.

Hlavní příčinou změn v organizaci léčebné péče se stala nutnost řešit četné nově vznikající zdravotní problémy u početně vzrůstající (a velice chudé) části evropské populace měst (venkované přicházející za prací). Ty byly spojené s masívním rozvojem průmyslu a přetrháním vazeb s dosavadním venkovským stylem života, a to ve smyslu ztráty podpůrných rodinných či sousedských vztahů (Schott, 1994; Porter, 2013).

Ukazovalo se, že je nejen nutné léčit choroby, ale zároveň udržovat zdraví pomocí zlepšení životních i pracovních podmínek a podpora ze strany státu je v tomto směru více než žádoucí (Porter, 2013).

Na podkladě výše uvedených změn se začaly v mnoha zemích uplatňovat ve větší míře zásahy státní politiky do běžné medicínské praxe, nejprve v podobě zákonodárství a aktivit v oblasti hygienických opatření anebo organizace moderně pojatých nemocnic s péčí poskytovanou již profesionály³⁷, které nahrazovaly uzavíraná zařízení církevní. Profese lékařů, ale i dalších pomocných a dosud řemeslných profesí, např. ranhojičů, ošetřovatelů nebo porodních bab, prošla pokrokovou reformou. Byly stanoveny podmínky pro vzdělání a vymezen výkon povolání. Působení některých lékařů bylo rozšířeno směrem do státní sféry (vznikli zdravotní radové, soudní znalci a podobné funkce). V této době také došlo ke zvýšení společenské prestiže lékařské profese (Svobodný, Hlaváčková, 1999).

Postupně přibývaly specializované obory medicíny a stejně tak se měnilo dosavadní pojetí lékařské péče. Spolu s profesionalizací povolání nastal zřetelný posun od modelu rodinných lékařů, kteří docházeli za nemocnými a za jejichž služby se platilo rovnou a v hotovosti (či v naturáliích), k větší institucionalizaci, k příklonu k péči v nemocnicích. Znamenalo to větší profesionalizaci péče, specializaci lékařů a dalších profesí i následnou proměnu dosud osobních vztahů mezi pacientem a lékařem (Schott, 1994).

Jeden ze základních etických problémů oné doby však stále představovala platební neschopnost pacientů, která byla spojena s nedostupností zdravotní péče. Náklady na lékařskou péči často výrazně přesahovaly možnosti pacientů, řada z nich tak umírala bez pomoci v dětském nebo velmi mladém věku. Mnoho pacientů zůstávalo postižených a pracovně neschopných. Na nemoci se začalo stále více hledět jako na celospolečenský problém s následky, které ekonomicky ovlivňovaly celý stát. (Porter, 2013).

³⁷ Za všechny lze uvést pražskou všeobecnou nemocnici, založenou císařem Josefem II. při reformách započatých již za vlády jeho matky Marie Terezie. Platící pacienti si mohli dle svých možností vybrat ze tří rozdílných tříd, odlišujících se stravou, velikostí pokoje, ale i poskytnutím rozsahu ošetrovatelské péče. Sloužícím v poslední třídě měl péči hradit zaměstnavatel, řemeslníkům příslušný cech. Nesolventní pacienti byli léčeni zdarma, museli však prokázat chudobu potvrzením z farnosti v místě svého bydliště.

Z těchto důvodů začaly být ve větší míře organizovány různé formy pomoci těm, kteří si nemohli za lékařskou péči dovolit zaplatit. Do této doby nejrozšířenější forma přímé úhrady péče hrazené v okamžiku její spotřeby již naprosto přestala vyhovovat. V řadě evropských zemí tak byly postupně od 19. století zakládány zárodky budoucích zdravotnických systémů v podobě pokladen (zestátnění původně svépomocných dělnických pokladen), fondů zaměstnaneckých spolků a povinného pojištění, které pak v případě potřeby sloužily jako finanční zdroj při řešení onemocnění nebo úrazu (Tomeš, 2001; Porter, 2013). Stejně tak začala přibývat zdravotnická zařízení moderního typu, vybavená novými technologiemi a zdravotníky – již příslušně vzdělanými profesionály, jejichž přípravu začal regulovat stát.

2.1.1 Institucionalizace medicíny – klady, zápory a etické konsekvence

Konec 19. a začátek 20. století probíhal i ve znamení postupné proměny obsahu hodnot, jako je lidský život a zdraví³⁸.

Protože bez zdraví se těžko naplňují základní potřeby člověka, lze jej z povahy věci považovat za hodnotu základní. Z hodnoty převážně individuální se zdraví postupně stalo ceněnou a chráněnou hodnotou celospolečenskou (Gladkij, 2003). Proto, aby tato ceněná hodnota byla zachovávána, ale hlavně ze zcela pragmatických důvodů, a to z pochopení faktu, že stav zdraví obyvatel významným způsobem ovlivňuje ekonomiku jednotlivých států, bylo nutné zabezpečit lepší dostupnost zdravotní péče pro obyvatelstvo. Postupně tak vznikaly, v prudce se ekonomicky rozvíjejících státech Evropy, sociální instituce, které byly určeny k lepšímu zabezpečení postupně se více uplatňujících přirozených lidských práv. Alokace potřebných zdrojů se tak přenesla více na politickou úroveň. Zmíněné instituce integrovaly medicínu, která se nakonec stala jen jednou ze součástí těchto složitě organizovaných struktur sloučených dnes pod jeden pojem, tzv. zdravotnictví.

V souladu s tímto vývojem společnosti většina evropských zemí postupně zavedla financování vznikajících systémů zdravotnictví, a to buď na základě účelového příspěvku zdravotního pojištění pro všechny občany, nebo na základě všeobecných daní³⁹, což posléze sehrálo významnou roli i při vzniku a dalším rozvoji dialyzačního léčení.

³⁸ Hodnotám jako je zdraví a nemoc se u nás z různých hledisek detailně věnuje např. socioložka E. Křížová.

³⁹ Např. Velká Británie po 2. světové válce zavedla tzv. Národní zdravotní službu, tzv. Beveridgeův model nazvaný podle britského politika a ekonoma Williama Henryho Beveridge (1879–1963).

Po zvládnutí situace, kdy bylo evropské zdravotnictví opakovaně zdevastováno světovými válkami, nastal v 60. letech 20. století v mnoha evropských zemích (také v USA) prudký hospodářský rozvoj, což umožnilo zvýšit výdaje na zdravotnictví a institucionalizace medicíny mohla navázat na předválečný vývoj. Nastal obrovský technologický a farmaceutický rozmach a podporován byl i výzkum. V každé zemi se svébytně rozvíjelo vzdělávání odborníků, lékařů i dalších nelékařských povolání, lékaři mnohde opustili samostatnost svého podnikání a stali zaměstnanci vznikajících institucí.

Původně se univerzitně vzdělávali pouze lékaři, posléze, se specializací dalších profesí, se začaly otevírat další možnosti, včetně univerzitního typu studia i pro nelékařská povolání. V této době, v souladu s rozvíjejícími technologiemi a obory, začal být opouštěn model všeobecně zaměřených odborníků a vznikala nová profesní zaměření (např. další specializace lékařů, nebo povolání typu radiologický laborant, zdravotnický záchranář). Zvýšila se i prestiž zdravotnických povolání (Schott, 1994; Dingová Šliková, 2018).

Trend zvyšování výdajů na zdravotnictví se ale ukázal jako nadále neudržitelný, což souběžně způsobovalo několik základních faktorů: postupně začala klesat rychlost hospodářského růstu, začal se prodlužovat věk dožití populace a spolu s tímto fenoménem začaly přibývat chronické choroby. S rozvojem zdravotnictví nastala větší medicinalizace života a masívně přibývaly medicínské technologie (Maaytová, 2012). Ve většině zemí tak postupně začaly výdaje na zdravotnictví předhánět ekonomický růst zemí.

Již v 70. letech 20. století se ve většině ekonomicky rozvinutých zemích ukázalo, že bude potřeba zdravotnické systémy transformovat. V mnoha zemích nastal příklon k větší kontrole a omezování veřejných výdajů na zdravotní péči. To většinou spočívalo v zavádění různých forem spoluúčasti pacientů (regulace léčiv, poplatky za léky, hospitalizaci), přidání možnosti soukromého připojištění. Vznikaly i různé formy omezování rozpočtů zdravotní péče stanovenými „stropy“ celkového rozpočtu. Mnohde byla zavedena i další pravidla, jako např. regulace vzdělávání a počtu odborníků, již uváděné přidělování zdravotní péče apod. (Mátl, Jabůrková, 2006).

Přes uváděné potíže byl ale ve většině ekonomicky rozvinutých evropských zemích nakonec vyřešen závažný etický problém neúplné dostupnosti zdravotní péče pro všechny obyvatele. Princip solidarity, na němž je tradičně většina evropských zdravotních systémů postavena, předpokládá etiku odpovědnosti v lidské společnosti a společenský konsenzus ohledně odevzdání částí příjmu ekonomicky aktivních ve prospěch sociálně slabých.

U všech solidárních systémů tedy lze vidět pozitivum ve faktu, že v rámci zdravotní politiky jednotlivých států zajišťují právo občanů na dostupnou zdravotní péči, která je poskytována v poměrně dobré kvalitě. Zároveň je zaručen veřejný dohled nad zdravím a náklady jsou pod celospolečenskou kontrolou. Přesto však i dnes v těchto typech systémů existují potíže, které vznikají díky napětí mezi požadavky na spravedlnost ve smyslu tzv. ekvity, tedy rovného přístupu ke zdravotní péči pro všechny, svobodou rozhodování jedinců neboli autonomií a ekonomickou efektivitou (Gladkij, 2003). Jak již bylo uvedeno, stává se totiž, že nejmodernější technologie v běžně poskytované péči nejsou a nemohou (z důvodu nadměrných nákladů) být pro všechny k dispozici.

Nejenže je nutné nedostatkovou péči začít přidělovat, což je považováno za eticky dilematické, ale v mnoha systémech, kde je přítomen určitý podíl soukromé sféry, se dá koupit (Šimek, Špalek, 2002), což je mnohými považováno taktéž za narušení principu spravedlnosti. Etický problém pak představuje právě dvoukolejnost systému veřejného a soukromého zdravotnictví, protože spočívá v diskrepanci mezi lepší péčí pro bohaté a horší pro chudé. Další problémy představuje značná svázanost zdravotníků pravidly, byrokratizace a omezená autonomie pacientů, kterým je péče odborníky přidělena na podkladě stanovených pravidel jednotlivých systémů. Jiná situace panuje v zemích (např. v USA), kde se, při odlišném vývoje společnosti ve smyslu pokračujících liberálních proudů a důrazu na autonomii občanů, udržel více princip trhu (Porter, 2013).

Zdravotnictví je zde organizováno více do podoby tzv. tržního modelu, kde státy právo na zdravotní péči víceméně negarantují. Větší objem zdravotní péče je poskytován za přímou úhradu v okamžiku spotřeby s možností soukromého připojištění, což se v dlouhodobém měřítku ukazuje jako velice problematické. Velká část nemocných, která nedisponuje prostředky na podobné účely, nemůže drahou péči uhradit a ani není pojištěna. Zcela zřetelně se to ukázalo i v případě pravidelného dialyzačního léčení, které patří mezi nákladné terapie.

Z těchto důvodů je v USA již dlouhodobě patrné značné úsilí o změny systému, např. ve smyslu koncipování federálních programů určených pro sociálně slabé nebo v podobě přijetí zákonů o dostupné péči (požadováno uzavření zdravotního pojištění pro každého a stejně tak jsou upravena pravidla přijímání klientů pro zdravotní pojišťovny tak, aby měli všichni šanci se pojistit) (Křížová, 2018).

Původní starobylý systém přímé úhrady ve chvíli čerpání služby se udržel už jen v některých nejméně ekonomicky rozvinutých zemích (např. afrických), kde znamená, stejně jako kdysi v Evropě, problém nedostupnosti péče pro mnohé obyvatele. Každý zdravotnický výkon totiž znamená pro pacienta tak velký výdaj, že na něj většinou nemá prostředky (Barták, 2010).

E. Křížová (1998; 2018) opakovaně porovnávala výhody a nevýhody jednotlivých druhů systémů zdravotní péče. Podle ní tržní model vykazuje slabé stránky, které spočívají v obrovské spotřebě (opakovaně se ukazuje, že se jedná o systém, který je absolutně nejnákladnější), značných společenských nerovnostech, nerovnoměrné distribuci a nadměrné produkci služeb, čímž dochází k nárůstu sociálních i zdravotních problémů ve společnosti. Naopak výhody tržního modelu vidí ve větších možnostech osobní volby, vyššího apelu na odpovědnost pacientů, uvědomění si ceny služeb, a zvýšení nároků na kvalitu i inovace ve zdravotnictví.

Jiné porovnání zdravotnických systémů nabízí O. Mátl a M. Jabůrková (2006) v publikaci, která popisuje stav našeho zdravotnictví po vstupu do Evropské unie⁴⁰ (dále EU). V jejich pojetí je třeba pro výsledné porovnání jednotlivých systémů zvolit určitá kritéria, jako je např.: stav zdraví populace, samotný proces poskytování zdravotní péče, stav dodržování práv pacientů a ohledy na jejich potřeby, organizace a struktura zdravotní péče a dostupné finanční zdroje na zdravotní péči. Některá tato kritéria však patří mezi obtížně hodnotitelná, takže porovnání je komplikované. Pokud se týká např. stavu zdraví populace, v podstatě zatím není k dispozici všeobecně přijímaná definice pojmu zdraví, přičemž všechny ty existující jsou kritizovány. Měření úrovně zdraví je tak spíše nepřímé, hodnotí se např. střední délka života, míra komplikací nebo úmrtnost při použití konkrétní léčby apod. Stejně tak měřit potřeby pacientů nebo stav dodržování práv pacientů, podobně jako průměrovat spotřebu léčby na určitý zdravotní stav, je náročné. K měření jsou používány metody jako je např. procento populace zahrnuté ve zdravotnickém systému (u většiny evropských zemí je to v současnosti již 100 % obyvatel) nebo např. neuspokojená potřeba zdravotní péče (doba čekání na zákrok), případně nadužívání zdravotní péče.

⁴⁰ Evropská unie je politicko-hospodářskou institucí, která vznikla v roce 1992 v Maastrichtu. Nahradila původní instituce: Evropské společenství uhlí a oceli, Evropské společenství atomové energie a Evropské hospodářské společenství a přidala spolupráci členských států v oblasti zahraniční a bezpečnostní politiky, justice a vnitřních věcí. Česká republika k ní přistoupila v roce 2004.

Organizaci a strukturu zdravotní péče ukazuje mj. úroveň centralizace zdravotnického systému nebo specializace odborníků, jejich kompetence anebo zaměření zdravotní péče ve smyslu více preventivního či naopak léčebného charakteru. Dá se spočítat i počet odborníků a zdravotnických zařízení na tom kterém území, včetně vybavení (např. počet diagnostických a léčebných zdravotnických prostředků) připadajících na jednoho obyvatele. Výkyvy v poskytování zdravotní péče také často podléhají kritickému hodnocení veřejnosti. Finanční zdroje, které se vynakládají na zdravotní péči, lze obecněji vyjádřit jako podíl výdajů zdravotnictví na hrubý domácí produkt (dále HDP) a tento podíl ve všech zemích evropského regionu i v USA v průběhu let nadále každým rokem narůstá (Mátl, Jabůrková 2006).

Z výše uvedeného vyplývá, že porovnávání jednotlivých zdravotnických systémů je celkově náročný proces. Stejně tak je obtížné určit, který systém je pro danou zemi optimální. Jisté je, že každý z nich má nejen svá pozitiva a negativa, ale i specifické uchopení základních hodnot. Co je jim však společné, jsou určité limity. Je všeobecně známým faktem, že ideální systém, který by zaručil nejmodernější léčbu naprosto všem bez omezení, neexistuje nikde na světě. Všechny systémy jsou a zřejmě i budou ve stálém procesu změn a reorganizací. Zatím v každém systému existují větší či menší nerovnosti spočívající především v rozdílnosti přístupu k pacientům a vycházející právě z odlišností organizace i financování jednotlivých systémů.

2.1.2 Lékařská etika, právo a politika v procesu institucionalizace medicíny

Při rozvoji dialyzačního léčení sehrála velkou roli nejen výše popsaná institucionalizace medicíny a její přerod do současné podoby zdravotnictví, ale i změny v tehdejší pojetí lékařské etiky. Tyto proměny byly doprovázené zakotvením základních medicínských etických principů do mezinárodního práva a práva jednotlivých států i formulováním nových etických kodexů.

Z mnoha důvodů, které zahrnují provádění hrůzných pokusů na lidech šokujícím způsobem, později i rychlý poválečný technologický rozvoj nebo samotný proces vzniku zdravotnictví, tradiční pojetí lékařské etiky přestalo dostačovat. Bylo nutné začít reflektovat změny a nově vznikající závažné etické problémy⁴¹ (Haškovcová, 2015).

⁴¹ Za všechny současné lze připomenout ty, které jsou spojené s procesem umírání, lidské reprodukce, nových technologií, ale nelze opomíjet ani etické problémy „všedního dne“ klinické praxe, jako např. rozhodování o rozsahu a povaze informací sdělovaných pacientům a další.

Tento vývoj dokladují ve své knize věnované filozofickým základům lékařské etiky také J. Šimek s V. Špalkem (2003). Podle nich tehdy začal vědecký vývoj „předhánět“ morálku. Začala totiž vznikat taková morální dilemata, na která dosavadní spontánní principy morálky, dosud vznikající přirozeně ve společnosti, již nemohly stačit.

Nejen lékaři si uvědomovali, že bude zapotřebí definovat, a to na základě odborných i veřejných diskuzí na aktuální etická témata, určitá vnější pravidla vhodná pro zvládnutí rýsujících se etických problémů. Rozvoj medicíny a celého zdravotnictví tak doprovázelo vytvoření nových mezinárodních dokumentů (pod gescí nově se formujících organizací, např. Světové zdravotnické organizace nebo Světové lékařské asociace)⁴². Tyto dokumenty obsahující požadovaná etická pravidla se stala v podstatě i podkladem pro následné právní úpravy nutné pro poskytování zdravotní péče (Schott, 1994). Uvedené aktivity měly přímý vliv i na rozvíjející se novou technologii – dialyzační léčbu. Dá se však také konstatovat i opačný efekt. Vývoj dialyzační léčby a etické problémy, které jej provázely, sehrály svou významnou roli při definování uvedených pravidel.

Lékařská etika byla postupně v mnoha zemích ustavena jako samostatný obor⁴³ (Haškovcová, 2015) a je jisté, že dialyzační léčení k tomu významným způsobem přispělo, jak je uvedeno v dalších kapitolách.

V omezeném rozsahu disertační práce nelze vyjmenovávat všechny etické dokumenty⁴⁴, ale mezi ty, které výrazně ovlivnily dialyzační léčení, patří řada dokumentů mezinárodního významu.

⁴² Světová zdravotnická organizace, angl. *World Health Organization*, byla založena v roce 1948 jako odnož Organizace spojených národů. Jejím základním cílem je dosažení co nejvyšší možné úrovně zdraví pro všechny. Světová lékařská asociace, angl. *World Medical Association* je významná mezinárodní lékařská organizace, oficiálně založená roku 1947. Jejím základním posláním je šířit vědeckou, etickou a profesní lékařskou činnost ve shodě s lidskými právy a dbát na dodržování zásad, které zdůrazňují úctu k životu, zdraví, svobodě a lidské důstojnosti. [online] [citace: 2017-05-08]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2015-5-7/moudrost-svetove-lekarske-asociace-k-pozapomenutemu-vyroci-56555>).

⁴³ Podrobněji se důvody a vznikem samostatného oboru lékařské etiky zabývá H. Haškovcová (2015).

⁴⁴ Podrobnější výčet včetně okolností vzniku a obsahu těchto i řady dalších dokumentů lze nalézt v knihách českých autorů zabývajících se lékařskou etikou jako např. H. Haškovcové, M. Munzarové a J. Šimka.

Mezi ty nejvýznamnější lze zařadit Norimberský kodex (1947), jenž byl vyhlášen spojeneckým soudním tribunálem v reakci na soudní proces, který se konal v souvislosti s hrůznými zločiny nacistických lékařů. Tento kodex obsahuje základní principy, za kterých je přípustné provádět lékařské pokusy. V Ženevě byl vzápětí Světovou zdravotnickou organizací deklarován Ženevský slib lékařů (1948), který mnozí považují za poválečnou verzi Hippokratovy přísahy. V roce 1957 následovala Směrnice pro případ ozbrojeného střetnutí (vyhlášená v tureckém Istanbulu Světovou organizací lékařů) upravující principy lékařské etiky v době válečných konfliktů. Základní tezí tohoto dokumentu se stal apel na to, aby medicína byla poskytována i v době ozbrojených konfliktů na podkladě stejných principů jako v době míru. Helsinská deklarace v roce 1964 pak potvrdila a doplnila základní principy Norimberského kodexu, a to ve smyslu nutnosti rozlišení dvou základních typů výzkumů – klinického terapeutického pokusu na lidech a pokusu s léčbou nesouvisejícího. Zdůrazněn byl požadavek, aby za žádných okolností nebyla dána přednost společenským či vědeckým cílům před prospěchem osob, na nichž je výzkum prováděn. Následovaly také etické deklarace, které dávaly rámec pozvolna se rozvíjejícím novým technologiím např. transplantacím, jako je Sydneyská deklarace – prohlášení o úmrtí a Etické směrnice transplantace orgánů (obě v roce 1968) (Schott, 1994; Munzarová, 2005; Šimek, 2015; Haškovcová, 2015).

Pro nelehkou situaci dialyzovaných pacientů se stalo podstatné formování patientských svépomocných skupin a s nimi související první deklarace věnované ochraně práv pacientů, jakými byla Listina práv nemocničních pacientů v USA, vydaná Americkým svazem nemocnic v roce 1973, Charta hospitalizovaného pacienta (1974), Směrnice pro pomoc umírajícím (1979), Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě (1994) a další.

Významným počinem bylo také nově pojaté a rozšířené zformulování mravních principů lékařské etiky v USA, nejprve v tzv. Belmontské zprávě v roce 1979 (původně byla určena pro výzkum). O něco později byly principy podrobněji rozpracovány filozofy, působícími v bioetickém centru při Washingtonské univerzitě v Georgetownu, T.L. Beauchampem a J. F. Childressem. V knize s anglickým názvem *Principles of biomedical ethics* předložili základní morální principy nezbytné pro rozhodování v lékařství. T.L. Beauchamp s J. F. Childressem definovali tyto čtyři principy⁴⁵: nepoškození nemocného (angl. *nonmaleficence*), jednání v nejlepším zájmu nemocného (angl. *beneficence*), respekt k autonomii nemocného (angl. *respect for autonomy*) a spravedlnost (angl. *justice*). Svě dílo opakovaně přepracovávají a doplňují (Beauchamp, Childress, 2009).

J. Šimek doplňuje: „*Mravní princip je tedy idea, kterou považujeme za správnou a necháme se jí vést při našem rozhodování a jednání. Jeho výhodou je, že platí za všech okolností. Avšak ani tento model není bez problémů...správné principy (se) pravidelně dostávají do vzájemných sporů.*“ (Šimek, 2015, s. 116).

Dva první principy jsou vlastně původní, historicky determinované a jasně vyjádřené již v Hippokratově přísaze. Nově pojatý princip respektu k autonomii, s důrazem na sebeurčení pacienta na podkladě plného informovaného souhlasu, reflektoval proměnu společnosti i roli pacienta, a podpořil tak proces širšího přijímání a uznávání práv pacientů. Poslední ze čtyř principů, princip spravedlnosti, obsahuje apel na to, aby odborníci-zdravotníci vyžadovali distribuci zdrojů takovým způsobem, aby bylo možné poskytovat zdravotní péči spravedlivě, tedy všem nemocným bez rozdílů. To by umožnilo zajistit ekvitu (Beauchamp, Childress, 2009). Že tento požadavek není v praxi jednoduše proveditelný, se opakovaně ukázalo právě v případě přístrojové hemodialýzy.

Formulace výše uvedených etických principů má však i své kritiky. Např. podle lékařky zabývající se lékařskou etikou M. Munzarové (2005) je slabinou tohoto přístupu fakt, že nerozlišuje, co je mravně dobré anebo špatné a postrádá normativní vyústění, protože se omezuje na popis problémů, preferencí, pocitů a postojů. Např. autonomním postojem se podle ní zaštiťují zastánci eutanázie, čímž narušují vnitřní mravnost lékařství.

Lze s ní než souhlasit, že uvedené principy nelze užívat samostatně, ale je nutné je zasadit do všeobecného mravního zákona.

⁴⁵ Všechny názvy pochází původně z latiny, pro dva první se v českém jazyce těžce hledá jednoslovný ekvivalent.

Podobně se vyjádřil i J. Šimek (2015), který uvedl, že svého času byl principialismus nesmírně populární, a to takovým způsobem, že se mu říkalo „Georgetownská mantra“. Varuje však před skutečností, že pro zajištění duchovního růstu při provádění mantry je nutné znát její souvislosti a duchovní pozadí. Stejně tak je to podle jeho mínění u používání principialismu, je nutné jej užívat v souvislostech.

Z novodobějších významných dokumentů je třeba uvést zásadní evropský počín, a to formulaci Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny⁴⁶ (v roce 1996), kterou přijalo mnoho států (u nás vešla v platnost v roce 2001, pod číslem 96/2001 ve Sbírce mezinárodních smluv). Tento dokument mezinárodního významu zabezpečuje práva na sebeurčení a ochranu jednotlivce a upřednostňuje je před komerčními nebo veřejnými zájmy při provádění biomedicínského výzkumu. Uvedená Úmluva se snaží obsáhnout veškeré rizikové oblasti medicíny, jako je mj. poskytování informovaného souhlasu, diskriminace nebo finanční prospěch na úkor uživatelů zdravotní péče aj. Stanovuje také podmínky pro biomedicínský výzkum v různých oblastech. Státy, které ji přijaly, se zavazují, že ji budou dodržovat. Důležitou součástí Úmluvy je možnost ji nadále rozvíjet a doplňovat v případě potřeby.

Významnou součástí institucionalizace medicíny jsou i nadnárodní a národní politické strategie, které deklarují přístup evropských společenství i jednotlivých států ke zdravotní politice. Za všechny lze uvést významný projekt Zdraví 21, Zdraví pro všechny v 21. století, který se stal základem pro koncipování evropské zdravotní politiky (projednán vládou v roce 2002 jako usnesení vlády č. 1046). Jedná se o dlouhodobý program, který byl určen ke zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva (Barták, 2010).

Pokud se týká našeho území, po roce 1989 došlo k výrazným proměnám zdravotní politiky státu, které byly doprovázeny četnými reformami zdravotnického systému spojenými s legislativními úpravami. Mezi významné činy uvedeného období patří obnovení České lékařské komory (včetně vyhlášení jejího etického kodexu), ustavení Centrální etické komise (dnes Etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky) v roce 1990, uznání lékařské etiky jako samostatného oboru⁴⁷ a definování práv pacientů.

⁴⁶ Sdělení č. 96/2001 Sb. m. s. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině. In: *Sbírka mezinárodních smluv* [online] [citace: 2018-07-08]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/ms/2001-96/zneni-20200901>

⁴⁷ Autory důvodové zprávy k ustavení samostatného oboru lékařské etiky byli V. Špalek, J. Šimek a H. Haškovcová, která u nás zastávala významnou úlohu mj. pro ustavení lékařské etiky jako samostatného oboru i při prosazování práv pacientů.

Práva pacientů jsou zakotvena v Listině základních práv a svobod⁴⁸ (1991) a zákoně č. 372/2011 Sb.⁴⁹, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Také Etický kodex práv pacientů v konečné úpravě vyhlásila Centrální etická komise v roce 1992 (Haškovcová, 2015). Z nových strategií zdravotní politiky lze uvést např. Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030, který je zaměřen na zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva, optimalizaci zdravotnického systému a podporu vědy a výzkumu (MZ ČR, © 2020).

2.2 Zdravotnické systémy na našem území a etické souvislosti

V době, kdy se u nás schylovalo ke konstrukci prvního dialyzačního přístroje, bylo zdravotnictví v tehdejší Československu⁵⁰ již několik let pod vlivem silné vládní regulace vedené podle vzoru⁵¹ Svazu sovětských socialistických republik (dále SSSR), což významně ovlivňovalo rozvoj metod náhrad funkce ledvin. Po roce 1989 po reformování celého zdravotnického systému proměny opět významným způsobem zasahovaly do dalšího osudu dialyzačního léčení. Několik málo let před zahájením dialyzačního léčení (v poválečných letech 1948–1950), byla tehdejší Národní shromážděním přijata řada nových zákonů. Tyto zákony byly koncipovány v nesnadné a měnící se celospolečenské situaci. Podle mínění sociálního politika I. Tomeše (2001) se přesto rýsovaly jako zdařilý podklad pro novou organizaci a budování zdravotnických i sociálních institucí, které měly zaštitovat nežádoucí sociální události⁵². Do přípravy zákona o národním pojištění, navazujícího na předválečnou tradici, však vstoupily politické preference tehdejších soupeřících politických stran v předvolebním boji, čímž byl celý proces přípravy zákona poznamenán. Po 25. 2. 1948 s převzetím vlády Komunistickou stranou Československa (dále KSČ) následovala mj. proměna tehdejší organizace zdravotnictví.

⁴⁸ Na našem území byl přijat zákon ústavního charakteru, Listina základních práv a svobod. Zaručuje všem ochranu základních lidských práv a svobod, ochranu politických, hospodářských a kulturních práv. Je uveřejněna ve Sbírce zákonů pod. č. 2/1993. In: *Sbírka zákonů* [online] [citace: 2017-07-11]. Dostupné z: <http://zakony.centrum.cz/listina-zakladnich-prav-a-svobod/>

⁴⁹ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů* [online] [citace: 2017-01-6]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

⁵⁰ Vzhledem k oficiálním proměnám názvů našeho státu je pro účely této práce užíván všeobecně známý pojem Československo, a to pro popis historických událostí odehrávajících se do roku 1992. Po rozdělení federace na samostatné celky od roku 1993 je použit název Česká republika nebo Česko.

⁵¹ V SSSR byl využíván Beveridgeův systém zdravotní péče v modifikaci politika a lékaře Nikolaje Alexandroviče Semaška (1874–1949).

⁵² Myšlena je sociální nouze, nezaměstnanost, negramotnost, nemoc a sociální dezintegrace.

Vláda rozhodla o sjednocení zdravotní péče a zestátnění zdravotnictví, které podpořila přijetím řady dalších zákonů. Těmito zákony byl po právní a organizační stránce vytvořen jeden centrálně řízený celek. Změny v organizaci zdravotnictví přinesly i další nové předpisy Ústředního výboru Komunistické strany Československa (dále ÚV KSČ), které vytvořily podklad pro zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu⁵³ (zajímavé je, že po úpravách platil až do roku 2010), který v podstatě zaručoval evropskou myšlenku práva všech občanů na zdravotní péči v té nejlepší možné kvalitě: „*Stát poskytuje zdravotnické služby svými zařízeními v souladu se současnými poznatky lékařské vědy.*“⁵⁴.

Na podkladě uvedených předpisů byly koncipovány tzv. Ústavy národního zdraví (dále ÚNZ), jako základní organizační jednotka zajišťování zdravotní péče, které hospodařily podle rozpočtu schváleného na další rok příslušným národním výborem, kterému organizačně podléhaly⁵⁵ (Svobodný, Hlaváčková, 1999).

Takovýmto způsobem organizovaný systém je typickým představitelem centrálně regulovaného systému zdravotnictví, řízeného a kontrolovaného státem, financovaného z všeobecných daní a bez existence přímých plateb. Poskytovatelé zdravotní péče jsou veřejné organizace a lékaři, veřejní zaměstnanci, mají tarifní mzdu a bývají spádově přiděleni (např. podle místa bydliště), stejně jako pacienti. Stát řídí i alokaci zdrojů, tzn. pomocí rozpočtového hospodaření a přidělového systému, včetně přidělování technologií. Systém je svázán řadou pravidel pro poskytování péče a bývá silně byrokratizován. Jeho výhodami je zajištění dostupnosti zdravotní péče všem obyvatelům i odpovědnost státu spojená s dohledem na zdraví populace, stejně tak jako kontrola výše nákladů. Problémem se stává nadměrné šetření a omezování péče nebo naopak plýtvání veřejnými prostředky při (zdánlivé) bezplatnosti péče, tzv. morální hazard. U podobného systému se snadno může stát, že není vstřícný k individuálním potřebám pacientů, hledí se více na prospěch celku a kvalita péče tak bývá nižší. Nejnovější technologie nebývají dostupné, anebo jen několika vybraným jedincům za splnění určitých podmínek, tudíž je zde prostor pro korupci (Křížová, 2018).

⁵³ Zákon č. 20/1966, o péči o zdraví lidu. In.: *Sbírka zákonů* [online] [citace: 2019-09-22]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1966-20>

⁵⁴ § 11 odst. 1 citovaného zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu

⁵⁵ Metodické vedení spočívalo v organizaci odborných lékařských seminářů, v kontrole využití lůžek, v konzultační činnosti při nákupu medicínských technologií, v kontrole lékařské dokumentace a kvality léčebné péče. Důležitou úlohu plnily tzv. „Odbory sociálního lékařství a organizace zdravotnictví“, které sledovaly zdravotní stav obyvatelstva a kvalitu zdravotnických služeb, poskytovaly informace pro metodiky a zajišťovaly statistiky jednotlivých medicínských oborů. Metodické vedení měli na starosti tzv. krajstí a okresní odborníci (většinou vedoucí lékaři jednotlivých oddělení krajské nemocnice)

Výše uvedené problémy se v různé míře týkaly i zdravotnictví tehdejšího Československa. Významně zasahovaly do dialyzační léčby a přispívaly ke vzniku specifických etických problémů klinické praxe, které jsou detailněji diskutovány v příslušných kapitolách disertační práce.

Po roce 1989 se, na podkladě celospolečenských změn na našem území, začala po mnoha letech měnit zdravotní politika. Zdravotnictví čekaly značné a mnohdy překotné proměny. Uvolnění politického režimu znamenalo možnost otevření diskuzí o stavu stávajícího zdravotnictví a začala být hledána nová řešení k jeho transformaci.

Postupně pak začala v několika etapách probíhat reforma (de facto probíhá v podstatě dodnes), která se neobešla bez problémů a kritizovaných kroků. Mezi výrazné změny provedené v roce 1991 patřily odborníky formulované základní zásady nového systému zdravotní péče. Přípravovaný zdravotnický systém se měl podle nich stát nedílnou součástí celospolečenské strategie obnovy a podpory zdraví. Poskytování přiměřené zdravotní péče bylo plánováno ponechat nadále pod gescí státu, ale nově se mělo pojit s aktivním jednáním a svobodnou volbou samotných občanů. Po připravovaném ukončení činnosti ÚNZ měly být ve zdravotních službách vytvářeny konkurenční poměry, což však již tehdy vyvolávalo četné diskuze. Protože však byla ostře kritizována tehdejší výše platů zdravotníků (ve smyslu podhodnocení jejich práce) i stav financování nemocnic, stoupl počet zastánců privatizace zdravotnických zařízení, a tato byla vzápětí zahájena (Schott, 1994).

Od roku 1992 (v plném rozsahu 1993⁵⁶) bylo na našem území zavedeno povinné všeobecné zdravotní pojištění. Hlavní roli v organizaci zdravotnictví a jeho financování převzaly veřejné zdravotní pojišťovny, kterých se zpočátku etablovalo poměrně velké množství. Celkem jich bylo založeno 27, Všeobecná zdravotní pojišťovna (dále VZP) a 26 dalších – oborových, zaměstnaneckých, resortních aj. zdravotních pojišťoven. To přineslo specifické problémy. Zaměstnanecké pojišťovny atrahovaly klienty z VZP nabídkou nadstandardních služeb a ve VZP pak zbývali klienti s nižšími příjmy, ale s vyššími nároky na zdravotní péči, tudíž VZP zůstávala v ekonomicky nevýhodné pozici. Navíc byla regulována ze strany státu, zatímco ostatní pojišťovny zpočátku veřejné kontrole nepodléhaly (Křížová, 2018).

⁵⁶ V roce 1993 také došlo k rozdělení původní společné federativní republiky na dva samostatné státní celky, vznikla tak Česká republika a Slovenská republika.

Důležitou součástí polistopadových změn, které ovlivnily současnou podobu zdravotnictví, a to včetně dialyzačního léčení, bylo i otevření hranic a možnost proniknutí zahraničních firem na náš trh. Současně začala probíhat privatizace poskytovatelů zdravotní péče všech ambulantních i některých nemocničních složek a začal se zvyšovat jejich počet. Rozhodnutí o poskytovateli zdravotní péče se pro pacienty stalo svobodnou volbou oproti předchozímu „spádovému“ systému. Všechny změny doprovázel vznik příslušné legislativy a neprobíhaly, jak je již výše naznačeno, bez problémů, a to ani těch etických⁵⁷ (J. Šimek, 2002).

Předem definovaný rozsah zdravotní péče byl zpočátku hrazen výkonovým způsobem. Byly brány v potaz mzdové, režijní a materiálové náklady zdravotnického zařízení na určené období. Na jejich podkladě byla stanovena výše bodu a jednotlivé výkony, uvedené v tzv. Seznamu výkonů, tak byly bodově ohodnoceny a propláceny zdravotními pojišťovnami. Zdravotní pojišťovny navíc k výkonům hradily léky a zdravotnické prostředky⁵⁸. Ukázalo se ovšem, že reakcí zdravotnických zařízení ve snaze dosáhnout ekonomického zisku, byl enormní nárůst počtu vykazovaných výkonů. Posléze již pojišťovny nedokázaly výkony hradit z vybraného pojistného, proto zareagovaly snížením hodnoty bodu až na polovinu. To ve svém důsledku znamenalo ještě větší tlak na zvýšení počtu výkonů, a následkem této situace došlo k dalším negativním jevům. Jednalo se o vykazování ve skutečnosti neprováděných výkonů, a dokonce i indikování nadbytečné zdravotní péče (Sláma, 2011).

Do tohoto výčtu přidávají odborníci specializovaní na úhradové systémy ve zdravotnictví P. Kožený a P. Tůma (2009) nárůst počtu diagnostických i terapeutických výkonů, prodlužování doby hospitalizace, více hospitalizovaných pacientů na lůžkách intenzivní péče, s čímž byla spojeno předepisování většího množství léků a více kontaktů pacienta se zdravotnickými službami.

Postupně se začaly objevovat potíže s financováním nemocnic. Problematické hospodaření nemocnic doprovázené vznikem dluhů se plně ukázalo v souvislosti s převody bývalých okresních nemocnic pod gesci krajských úřadů. Došlo k situaci, v níž distributoři léků hrozili zastavit dodávky kvůli zadluženosti. Zřizovatelé se snažili o řešení změnou právní formy nemocnic (zakládali obchodní společnosti). Do celé situace musel zasahovat stát (ve formě odkoupení pohledávek) (Daňková, Holub, Hrkal et al., 2010).

⁵⁷ Etické problémy transformace českého zdravotnictví popsali např. autoři J. Šimek, V. Špalek, E. Křížová a H. Janečková v knize Etické aspekty transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa (2002).

⁵⁸Pojem zdravotnický prostředek v současné legislativě zahrnuje zdravotnické přístroje, pomůcky, produkty atd.

Kritizován byl i značný počet zdravotních pojišťoven, který v souvislosti s jejich vzrůstajícími ekonomickými problémy, vedl k ukončení činnosti mnohých⁵⁹ z nich (Sláma, 2011). Zavedena byla také povinnost spravedlivějšího přerozdělení prostředků mezi zbylé pojišťovny. Přerozdělování prostředků bylo stanoveno v případě nevýhodného složení spektra pojištěnců (určeno věkem pojištěnců s kompenzací nákladné péče) (Křížová, 2018).

V návaznosti na problémy způsobené čistě výkonovými úhradami bylo nutné provést úpravu dosavadního systému. Mezi ty reformní snahy, které více ovlivnily i dialyzační léčení, lze zařadit změny, které uvádí např. O. Sláma (2011) ve svém příspěvku v knize *Etika a komunikace v medicíně* P. Bartůňka a R. Ptáčka a jejich spoluautorů (2011). Zásadní změnou se stalo zavedení paušální úhrady v lůžkové péči. V tomto typu úhrady zdravotní péče byly stanoveny výše úhrady, které korelovaly s objemem úhrad za předchozí referenční období s navýšením o inflaci (tzv. koeficienty). Tento systém ale opět přinesl problémy. Pokud zdravotnické zařízení přesáhlo objem výkonů odpovídající pojišťovnou nastavenému počtu bodů, měla být úhrada krácena. Dotčené zdravotnické zařízení se proto snažilo o dodržení požadovaného objemu péče, což ve svém důsledku znamenalo opačné jevy než u systému hrazeného výkonově. Docházelo k neetickému omezování péče, odmítání a přesunování komplikovaných, a tím pádem prodražujících se pacientů, do jiných zdravotnických zařízení (často do zařízení vyššího typu).

Jedním z veřejností kriticky přijímaných opatření k řešení situace bylo zavedení tzv. regulačních poplatků v podobě přímých plateb a doplatků za některé služby, léky, či prostředky, které mělo omezit morální hazard⁶⁰, a tím plýtvání ve zdravotnictví. Neméně důležitým počinem bylo přijetí příslušné legislativy⁶¹ ke stanovení maximální ceny léčivých přípravků (a postup řízení pro určování maximálních cen a výše úhrad zdravotního pojištění) a svěření těchto procesů pod správu Státního ústavu pro kontrolu léčiv (Daňková et al., 2010). V časovém kontextu výše uvedených skutečností je třeba upozornit i na fakt, že se v uvedeném období naše země dostala pod vliv evropské zdravotnické politiky, zejména pak po vstupu do EU.

⁵⁹ Do roku 1995 vzniklo postupně 26 zdravotních pojišťoven, což při neexistenci regulace a kontrolních mechanismů vedlo k soutěžení o pojištěnce, např. formou nereálných příslibů úhrad za zdravotní péči. Většina z nich zanikla, nebo se sloučila. Z původního počtu 27 pojišťoven jich k dnešnímu datu funguje 7 (ÚZIS, 2019)

⁶⁰ Některé z poplatků byly později zrušeny.

⁶¹ Např. zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů. In.: *Sbírka zákonů* [online] [citace: 2019-09-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-261>

Po četných diskuzích pak od roku 2004 opět následovala další změna v podobě postupného zavádění nového úhradového systému. Jednalo se o platby klasifikačního systému případů, tzv. angl. *Diagnosis Related Groups*⁶² (dále DRG). U nás je také nazýván ve své modifikované podobě pojmem „případový paušál“. DRG vychází z předpokladu, že existuje srovnatelnost nákladů na léčbu pacienta ve stejné diagnostické skupině. DRG seskupuje do skupin pacienty s podobnou nákladností a délkou hospitalizace.

Zdravotnické zařízení pak obdrží za každou DRG skupinu předem definovaný obnos, pokud zdravotnické zařízení utratí za DRG skupinu víc, znamená to finanční ztrátu. Ukázalo se však, že ani tento systém není ideální, protože sice vede ke snížení nadbytečných nákladů, ale při aplikaci úsporných opatření může opět ve svém důsledku znamenat neetické omezování nákladné péče, jak uvedli P. Tůma a P. Kožený (2009) v článku na toto téma. Podle těchto autorů, kteří se věnovali i motivacím spojeným s přijetím úhrad DRG, může při nesprávné motivaci a aplikaci tento typ úhrad přinášet stejné problémy jako ostatní typy. Dokonce existuje riziko, že se mohou všechny výše jmenované problémy kombinovat. Může se jednat např. o produkování více takové péče, která je předmětem úhrady, vyhledávání lépe ohodnocených výkonů zdravotní péče namísto těch méně výhodných, ale i poskytování co nejmenšího objemu té péče, která je předmětem úhrady.

Proměny českého zdravotnického systému v oblasti alokace finančních zdrojů se nakonec ustálily tak, že zdravotní pojištění⁶³ je pro všechny občany státu povinné. Podle již citované Listiny základních práv a svobod má každý právo na ochranu zdraví a s ním spojený nárok na úhradu potřebné zdravotní péče, jejíž rozsah stanoví příslušné zákony. Existuje několik veřejných pojišťoven, z jejichž pojistných fondů se zdravotní péče z největší části hradí a pojišťovny zároveň stanovují ceny zdravotní péče. Přímé platby od občanů jsou výrazně omezeny, a to jen na určité oblasti, např. na estetickou chirurgii, stomatologii nebo doplatky za léky (Křížová, 2018).

⁶² DRG vychází z předpokladu, že existuje srovnatelnost nákladů na léčbu pacienta. DRG je počet klasifikačních skupin (v ČR 636) pro zařazení pacientů s podobnou nákladností a délkou hospitalizace. Zdravotnické zařízení pak obdrží za každou DRG skupinu předem definovaný obnos. Pokud zdravotnické zařízení utratí za DRG skupinu víc, znamená to finanční ztrátu.

⁶³ Občané jsou povinni odvádět platbu za zdravotní pojištění do fondů zdravotních pojišťoven. Pojištěnci odvádí platbu 13,5 % z vyměřovacího základu, jedná se o zaměstnance (1/3 hradí zaměstnanec, 2/3 zaměstnavatel), osoby samostatně výdělečně činné a osoby bez zdanitelných příjmů. Za zákonem vymezené skupiny občanů (např. seniory, studenty, nezaopatřené děti atd.) je plátcem pojistného stát. MZ ČR [online] [citace: 2019-06-19]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz>.

Podle zákona 48/1997 Sb., o veřejném pojištění⁶⁴ (§ 17, odstavec 6), dohodovací řízení, ve kterém se stanoví hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, probíhá v ročních periodách, a to mezi představiteli zdravotních pojišťoven a profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení. Dohodovací řízení je v gesci Ministerstva zdravotnictví České republiky (dále MZ ČR).

Výsledkem jsou rámcové dohody o spolupráci, které jsou podkladem pro budoucí vzájemné smluvní vztahy. Své plány i výsledky z hospodaření předkládají pojišťovny MZ ČR. Pacienti si mohou volit jak poskytovatele zdravotní péče, tak i pojišťovnu, ale dochází k výše uváděnému stoprocentnímu přerozdělování pojistného. Samotná úhrada zdravotní péče je pak kombinací několika přístupů (používány jsou všechny výše uvedené typy plateb, a navíc platby za ošetrovací den), záleží na typu zdravotnického zařízení (Křížová, 2018).

Lze souhlasit s O. Slámou (2011), že by český zdravotnický systém měl, díky zavedení výše uvedených opatření, zaručovat spravedlnost v přístupu a kvalitě péče pro své pojištěnce, tedy de facto pro všechny občany. Přesto, díky poměrně velké roztržitosti způsobů úhrad, dochází k problémům, např. v podobě podněcování ekonomických zájmů poskytovatelů zdravotní péče, což negativně ovlivňuje všechny subjekty zdravotnického systému. Z etického hlediska je ohrožující ekonomicky motivovaný tlak vyvíjený na lékaře, což může způsobovat změny v přístupu k pacientům.

Kriticky se k málo přehlednému systému úhrad v našem zdravotnictví staví např. onkolog J. Žaloudík (2016, s. 35). V knize *Kontroverze současné medicíny* editorů R. Ptáčka a R. Bartůňka tento lékař uvádí: „*Platby výkonové, kapitační, paušální, vydohadované, vyhláškové, v bodech a s koeficienty, tam či onde různými. Zdánlivě chaos, který ve vysoké míře už dosahuje schopnosti samoregulace, do které neradno úředníkovi, a už vůbec ne lékaři, vstupovat, aby nebylo hůře.*“ Podle tohoto autora v soupeření mezi plátcem, zřizovatelem, poskytovatelem a pacientem vždy prohrává poskytovatel, tedy lékař nebo nemocnice, někdy i pacient, ten je však udržován v sladké nevědomosti.

⁶⁴ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném pojištění. In: *Sbírka zákonů* [online] [citace: 2018-04-11]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>

Podle ironických slov J. Žaloudíka (2016, s. 35) zřizovatel, přestože se staví jako ochoten ke změnám, reaguje v podstatě jen na dluhy, které kvůli veřejnému mínění musí splatit, zatímco plátce musí mít roční zúčtování vybalancované. Plátce tak nechává na ostatních, aby se stal nakonec úspěšným a má k tomu různé nástroje: *„body místo uznané měny, splatnost závazků mnoho měsíců, referenční období dva roky staré, možnost pozastavovat proces tak či onak, měnit si pravidla. Jsou-li to rozpory nebo samotná podstata již zavedeného systému, to je otázka. Ale žije se v tom trvalém napětí nepohodlně...pro naplnění poslání zajišťovat všem to nejlepší musíme nakupovat za eura a dolary, pracovat za platby v bodech a paušálech a daně platit v korunách. To vskutku zvládne jen MUDr., medicinae universae doctor, doktor univerzity v medicíně, což je lepší výklad latiny. Právnik nebo inženýr by si neškrtli a ekonomové proto zdravotnictví, zejména české, ve svých makroanalýzách a nobelovských přednáškách neuvádějí. Je to pro ekonomy shaky area, roztřepaná oblast.“*

V současné době je v reakci na popisované potíže snahou dokončit proces zavádění DRG. Podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR⁶⁵ probíhá projekt s názvem DRG Restart, který má za úkol *„vybudování dlouhodobě udržitelné datové, informační a personální základny pro optimalizaci a průběžnou kultivaci systému úhrad lůžkové péče v ČR“*. Tento projekt je plánováno dokončit až v roce 2021, tudíž zatím jeho výsledky a dopady nelze hodnotit.

Stejně tak je mj. na optimalizaci zdrojů ve zdravotnictví zaměřen nový Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 (MZ ČR, © 2020), v jehož implementačním plánu je uvedeno, že: *„České zdravotnictví se nachází pod značným ekonomickým tlakem, který je dán silícími požadavky na zvyšování platů a mezd pracovníků, hustotou sítě poskytovatelů s často neoptimálním rozložením kapacit a prudce nastupujícími novými technologiemi včetně velmi nákladných genových terapií. Zajištění dlouhodobě udržitelného financování zdravotnictví je zásadním úkolem, který podmiňuje dostupnost, kvalitu i výsledky zdravotní a zdravotně sociální péče pro všechny občany ČR.“*

⁶⁵ Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR je organizační složkou státu, jejímž zřizovatelem je MZ ČR, je také dle platné legislativy správcem Národního zdravotnického informačního systému. In: *ÚZIS* [online] [citace: 2020-11-13] Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=o-nas>

2.2.1 Alokace zdrojů v pravidelném dialyzačním léčení – současnost

V souladu s trendem vzrůstání nákladů na zdravotnictví stále rostou i požadavky na dostatečné množství zdrojů k pokrytí potřeb nákladného dialyzačního léčení. V úplných začátcích pokusů stačily několika málo vědcům svépomocí vyrobené součástky. První pokusy mnohdy financovali z vlastních zdrojů, event. ze zdrojů nemocnice, kde pracovali, pokud měli podporu jejího vedení. V práci jim pomáhali většinou dobrovolně spolupracovníci, kteří se školili přímo na pracovišti. Po zavedení metody do klinické praxe již tento přístup přestal stačit. S rozvojem pravidelného dialyzačního léčení začaly být zapotřebí značné finanční zdroje na výrobu většího počtu přístrojů, které bylo nutné zdokonalovat. Přístroje a jejich komponenty se stávaly čím dál složitějšími (tím i dražšími), zároveň bylo nutné budovat a plně vybavit dialyzační pracoviště nejen materiálně vším potřebným, tzn. zabezpečit jejich chod a péči o pacienty za pomoci většího počtu odborníků. Nutnou podmínkou dalšího rozvoje dialyzační terapie se stalo vzdělávání odborníků, lékařů, sester, techniků a dalších, jimž náležela za práci adekvátní mzda.

Všechny tyto náklady se v ekonomice označují souhrnně pojmem „přímé náklady“. Dialyzační pracoviště je také zapotřebí propojit s dalšími podpůrnými systémy (např. reverzní osmózou, napojení na odpady, vodou, energiemi, laboratořemi, dalšími diagnostickými metodami, komunikačními a informačními technologiemi), zajistit úklid, event. uhradit nájemné a pojistné. Tyto položky lze zahrnout pod pojem „ostatní náklady“, stejně tak, jako transport pacientů, kteří jsou dopravováni do dialyzačních pracovišť z různých vzdáleností (Exner, 1997).

U nás, podle posledních dostupných údajů VZP, náklady na pacienta v pravidelném dialyzačním léčení představují přibližně 549 000 Korun českých (dále Kč) na jednoho pacienta za rok. Při zpětném posouzení mají náklady každoročně stoupající tendenci, přestože počet dialyzovaných pacientů pojištěných u VZP se za posledních pět let příliš nezměnil⁶⁶. Důvodem není to, že by pacienti celkově nepřibývali, ale fakt, že nově zařazovaní pacienti většinou volí jinou pojišťovnu, nikoli VZP (Tichý, 2018).

⁶⁶ Např. v roce 2013 to bylo 513 000 Kč na jednoho pacienta, v roce 2015 již 542 000 Kč na jednoho pacienta.

Celkem bylo v roce 2019 léčeno na hemodialyzačních střediscích v ČR 6303 pacientů. Do roku 2018 se toto číslo každoročně zvyšovalo (až na výjimky v roce 2011, 2016 a 2019). Nicméně i přes jednorázový pokles se dle údajů Statistické ročenky dialyzační léčby celkový počet pacientů navýšil od roku 2004 přibližně o 2000 osob. Toto číslo ukazuje, že v počtu pacientů s onemocněním ledvin jsme se dostali v evropském srovnání na jednu z prvních příček. V souvislosti s výše uvedeným jevem je třeba si uvědomit, že nejpočetnější skupinu pacientů v pravidelném dialyzačním léčení představují pacienti starší 60 let (cca 73 %) z nichž polovina trpí přidruženými chorobami. Nejčastěji se jedná o onemocnění *diabetes mellitus*. Péče o pacienty s komorbiditami bývá o to náročnější, a tím logicky i dražší (Rychlík, Lopot, 2020).

Nutné je uvést i to, že terapie v PDL u mnoha pacientů bývá dlouhodobá (několik let, výjimečně i desetiletí) a bývá doprovázena komplikacemi, což ji ještě prodražuje. Zdaleka ne každého z pacientů lze transplantovat nebo indikovat k jiné levnější terapii. Podobný vývoj lze sledovat ve většině ekonomicky vyspělých zemí, proto je snahou náklady analyzovat. Zároveň jsou vytvářeny různé strategie, jak vysoké náklady co nejlépe pokrýt s omezenými disponibilními zdroji, a tím umožnit léčbu v dobré kvalitě všem, kteří ji potřebují.

Jak uvedli autoři projektu, který byl zaměřen na problematiku zvyšujících se nákladů pravidelného dialyzačního léčení, přestože jsou ve vyspělých zemích výsledky léčby podobné, z hlediska nákladů na tento typ terapie jsou patrné rozdíly. Důvodem je odlišnost zdravotnických systémů v jednotlivých zemích (Prymula, Antoš et al., 2002).

Jakým způsobem jsou stěžejní zdroje na dialyzační léčení alokovány, závisí na uspořádání zdravotnického systému, a situace je tak různorodá. Protože se jedná o velice nákladnou léčbu, je i v tržně orientovaném zdravotnickém systému v USA již dlouhodobě hrazena všem pacientům z vládního programu Medicare (podrobněji viz kap. 5 Pravidelné dialyzační léčení – alokace zdrojů a etické souvislosti).

U nás jsou náklady na dialyzační léčení (ale i na další zdravotní péči) zajišťovány, jak již bylo výše uvedeno, z největší části z veřejného zdravotního pojištění. Hemodialyzační středisko je zařazeno v ambulantní sféře specializované péče a zůstala zde původní úhrada pomocí výkonových plateb. Tzn., že je tato péče pojištěncům hrazena z veřejného zdravotního pojištění, pokud má příslušné pracoviště smlouvu se zdravotní pojišťovnou pojištěnce o poskytování a úhradě služeb.

Příslušná zdravotní pojišťovna pak garantuje poskytnutí a úhradu těchto služeb, a to včetně zajištění jejich dostupnosti, a to místní i časové. MZ ČR stanovuje (po výše uváděném dohodovacím řízení) každoročně vyhláškou⁶⁷ hodnotu bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro ten který rok a seznam zdravotních výkonů s uvedením hodnoty bodu (tzv. „Seznam výkonů“). Pro každý jednotlivý výkon jsou započteny do hodnoty bodu přímé náklady na tento výkon. Pro výkon je důležitý i čas jeho provedení, povolená frekvence, místo a tzv. index odbornosti, tedy kvalifikační oprávnění k jeho provedení a stupeň obtížnosti. Zdravotnická zařízení, která provádí dialýzu, jsou v současnosti různého typu, odlišných zřizovatelů i právních forem. Existují dialyzační pracoviště, která jsou veřejná (státní), která jsou z valné většiny pod gescí státního zdravotnického zařízení. Platby za výkon dialýzy pak většinou spadají tzv. do paušálu tohoto zařízení (event. DRG úhrada).

Dále mohou být soukromá pracoviště nezisková např. církevní, avšak v současnosti je v ČR nejvíce soukromých pracovišť (70 oproti 43 státním). Těchto HDS každým rokem přibývá (nejen ve smyslu budování zcela nových středisek, ale i z důvodu prodeje stávajících státních pracovišť). Tato střediska jsou komerčního charakteru a platby od zdravotních pojišťoven putují na účet soukromého provozovatele.

V souvislosti s hlavním zaměřením disertační práce je nutné uvést, že nejnákladnější metodou od počátku byla (a stále je) přístrojová hemodialýza (a její modality), která je stále využívána nejvíce. Na našem území je poměrně málo prováděna peritoneální dialýza. V současnosti je ročně léčeno pomocí peritoneální dialýzy průměrně 450 nemocných⁶⁸, tj. 45 pacientů na milion obyvatel (údaj za posledních deset let, v roce 2019 to bylo ještě méně), a tento počet se příliš nemění (Rychlík, Lopot, 2020).

⁶⁷ Vyhláška č. 201/2018 Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019. In: *Sbírka zákonů* [online] [citace: 2019-09-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2018-201>

Např. v roce 2019 byly stanoveny náklady na 3797 Kč na základní výkon s názvem chronická hemodialýza, s tímto výkonem se však spojují další (např. vyšetření nefrologem, edukace apod.) a náklady na zdravotnické prostředky a léky. Hodnota bodu pak činí ve stejném roce 0,92 Kč.

⁶⁸ Údaj za období od r. 2009 do r. 2019

Podle naší přední nefroložky S. Dusilové Sulkové (2015) je stále nezodpovězenou otázkou, proč tomu tak je. Jak již bylo uvedeno, tato metoda je v indikovaných případech vhodnější k zahájení pravidelné dialyzační léčby, přesto jako první volba je u nás (ale i v některých dalších zemích) využívána jen sporadicky. K hlavním faktorům, které ovlivňují volbu mezi hemodialýzou a peritoneální dialýzou patří geografická vzdálenost od hemodialyzačního pracoviště. Většinou tam, kde pacient bydlí příliš daleko od hemodialyzačního střediska, volí peritoneální dialýzu, protože mu příliš jiných možností nezbyvá (např. v Kanadě je pacient, bydlící příliš daleko od střediska, postaven před volbu, že se buď přestěhuje blíže, anebo „dostane“ peritoneální dialýzu – a podobná pravidla platí pro Austrálii a Nový Zéland. Podobně v Mexiku je peritoneální dialýza velmi rozšířená, neboť je tam málo středisek vybavených hemodialyzačními přístroji). Dále to mohou být důvody ekonomické. Ve Velké Británii je nejdražší komponentou pravidelného dialyzačního léčení plat lékařů a sester, a z tohoto důvodu pacienti provádějí peritoneální dialýzu sami doma. Podobně pokud je platba plátce štedřeji nastavena za výkon hemodialýzy, tato metoda pak může být upřednostňována před ostatními. Svou roli ale hraje i psychická nebo sociální stránka pacientů, kteří z různých důvodů nechtějí nebo nemohou volit peritoneální dialýzu. K preferenci přístrojové hemodialýzy také přispívá až příliš hustá síť hemodialyzačních středisek (což se pravděpodobně týká např. i situace v ČR), která je navíc zajišťovaná snadno dostupnou dopravou (svoz sanitními vozy hrazený zdravotní pojišťovnou) a také fakt, že část lékařů-nefrologů peritoneální dialýzu stále neovládá.

Transplantace ledvin je nejen nejvhodnějším řešením chronického selhání ledvin po stránce kvality života pacientů, ale je optimální i co do výše nákladů na léčbu. Podle údajů VZP jsou náklady přímo na provedený výkon transplantace ledvin a související hospitalizaci sice krátkodobě vyšší než náklady na pravidelné dialyzační léčení (např. při poslední analýze VZP v r. 2017 to bylo průměrně na jednoho pacienta 755 000 Kč při transplantované ledvině, oproti 594 000 při pravidelném dialyzačním léčení hemodialýzou/ rok), nicméně v průběhu času náklady na pacienta po úspěšné transplantaci dramaticky klesají.

Ekonomická návratnost je průměrně 16 měsíců, rozdíl nákladů před výkonem a již rok po výkonu byl v poslední ekonomické analýze VZP v r. 2015 průměrně stanoven na 474 000 Kč (Tichý, 2015). V souvislosti s těmito zjištěními VZP spustila v březnu 2018 dvouletý pilotní projekt, s jehož pomocí se snaží podpořit počty transplantací ledvin. Princip spočívá v tom, že pokud zdravotnické zařízení zařazené do projektu doporučí pacienta s chronickým selháním ledvin na čekací listinu nebo samo dokáže najít dárce ledviny, získá od VZP bonus ve výši do 20 000 Kč za jeden úkon (Tichý, 2018).

Efektivitu dialyzační léčby však nelze redukovat jen na ekonomickou stránku. Je nutné brát v potaz zdravotní stav pacientů, a především kvalitu jejich života. Nutnou součástí všech ekonomických strategií je tedy zvažování neekonomických souvislostí, které zahrnují i sledování kvality života dialyzovaných pacientů a důraz na prevenci onemocnění ledvin.

Zajímavý projekt na toto téma vytvořil na začátku tisíciletí kolektiv odborníků z Fakultní nemocnice Hradec Králové. Autoři se snažili o celkové zhodnocení nákladů a užítku péče o chronicky hemodialyzované a transplantované pacienty. Zároveň vytvářeli ekonomický model, který by umožnil odhadovat změny v přístupu k péči a nároky na léčbu v blízké budoucnosti (Prymula, Antoš et al., 2002).

Novinkami v úhradách za dialyzační léčbu jsou různé bonifikace v úhradové vyhlášce, při jejichž splnění mohou být hemodialyzační střediska zdravotní pojišťovnou odměněna zvýšením hodnoty bodu, a to při splnění předem definovaných pravidel kvalitní dialyzační péče. HDS tak mají být motivována k poskytování kvalitnější péče. Pravidla jsou stanovena v souladu s požadavky mezinárodních doporučení a součástí hodnocení je i poskytování informací ze středisek do Registru dialyzovaných pacientů (vše se odehrává pod metodickým vedením České nefrologické společnosti)⁶⁹.

Otázkou je, zda uvedené bonifikační programy nemohou přinášet etická rizika, např. jejich zneužívání s rizikem poškození pacientů ve snaze získat bonifikaci. Problémem také zůstává, zda lze vůbec stanovit přesná a měřitelná kritéria kvality dialyzační péče (více je o problému pojednáno v kap. 5. 1 Etické problémy spojené s alokací zdrojů současného dialyzačního léčení).

Další důležitou podmínkou (vzácným zdrojem) nezbytnou pro poskytování dialyzačního léčení, jsou odborníci, lékaři a tzv. nelékařské profese.

Pokud se týká dialyzační léčby, tak podle nefrologa E. Friedmana (2012) během vývoje dialýzy vznikla nebo se na ní podílí řada povolání od lékařů – klinických nefrologů, ošetrovatelských profesí, dialyzačních techniků, přes psychology, sociální pracovníky a dietology až po pracovníky, kteří vyrábějí dialyzační techniku, programátory dialyzačních softwarů nebo auditory dialyzačních programů.

⁶⁹ Časopis Stěžeň [online] [citace: 2020-07-11]. Dostupné z: Dostupné z <http://www.casopisstezen.cz/wp-content/uploads/2017/02/Stezen-2019-01.pdf>

U nás je v podstatě podobné spektrum odborníků, pouze specializovaná profese dialyzačních auditorů (zatím) neexistuje. V ČR jsou ve všech dialyzačních pracovištích zaměstnání (nebo s nimi spolupracují) lékaři (nefrologové, event. intenzivisté) i představitelé nelékařských profesí (praktické sestry, všeobecné sestry, sestry se specializovanou způsobilostí, nutriční terapeuti, biomedicínské technici, psychologové, sociální pracovníci a další)⁷⁰.

Za léčbu a léčebný plán odpovídají lékaři, za provedení výkonu hemodialýzy a ošetrovatelskou péči většinou zodpovídají všeobecné sestry (v současnosti se často jedná o sestry se specializovanou způsobilostí).

Je zajímavostí, že v zahraničí již v minulosti vznikala dialyzační střediska, kde stálá přítomnost lékaře nebyla a není považována za nutnou. Dialýzy provádějí specializované sestry a lékař jen dochází na občasnou kontrolu, event. při komplikacích⁷¹ (Sulková et al. 2000). Na našem území se přes některé snahy tento druh péče neujal (více viz kap. 5 Pravidelné dialyzační léčení – alokace zdrojů a etické souvislosti).

Obor nefrologie se člení na nefrologii klinickou, transplantační a dialyzační, patří mezi obory specializačního vzdělávání lékařů a podmínky k získání této specializace u nás přesně stanovuje zákon⁷². V současné době je podle vzdělávacího plánu MZ ČR pro atestaci z nefrologie potřebný nejprve interní kmen (přitom není rozhodující, zda je absolvován již pro obor nefrologie, či pro jiný interní nebo příbuzný obor) zakončený ústní zkouškou, a následně vlastní specializovaný výcvik na akreditovaných pracovištích (MZ ČR, © 2020).

Lékařů nefrologů (stejně jako lékařů ve většině odborností) je v ČR (nejen podle údajů České nefrologické společnosti) v současnosti nedostatek, což platí i pro oblast PDL. V současnosti je celkem na HDS 293 lékařů, z toho 214 má nefrologickou atestaci. Na jednoho atestovaného lékaře tak připadá 37 pacientů (Rychlík, Lopot, 2020).

⁷⁰Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) ve znění pozdějších předpisů. In: Sbirka zákonů [online] [citace: 20. 9. 2017]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

⁷¹ Angl. *Limited care dialysis center*

⁷² Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbirka zákonů* [online] [citace: 20. 9. 2017]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

Tuto skutečnost potvrdil v rozhovoru pro Braunoviny⁷³ i jeden z našich předních nefrologů, který se specializuje na transplantace ledvin, O. Viklický. Podle něj je důvodem této situace více příčin. Jednou z nich je samotné studium, protože se příliš neetablují noví nefrologové. Část absolventů lékařských fakult vůbec do nefrologické praxe nenastoupí, protože tento obor pro ně není lákavý, s čímž zřejmě souvisí jeho opravdu vysoká náročnost a pravděpodobně i omezené možnosti otevřít si soukromou praxi. Svou roli, podobně jako v jiných oborech, hraje i dnešní daleko větší zastoupení žen lékařek, které pak chybí v době, kdy odchází na rodičovskou dovolenou a ani po jejím skončení se mnohdy do klinické nefrologické praxe již nevrátí (B-Braun Medical, © 2017).

Dalšími nejvíce početně zastoupenými odborníky jsou zástupci tzv. nelékařských zdravotnických profesí poskytující ošetrovatelskou péči. Kdysi u nás běžně užívaný pojem dialyzační sestra současná legislativa neuvádí, stejně tak, jako všeobecně užívaný pojem zdravotní nebo diplomovaná sestra. Podle dnešních právních předpisů mohou na jednotkách intenzivní péče (tedy i hemodialyzačních pracovištích) poskytovat ošetrovatelskou péči v rámci vyhlášky⁷⁴ daných kompetencí všeobecné sestry se specializací, které zahrnují sestry pro intenzivní péči, sestry pro klinickou perfuziologii, ale i zdravotnické záchranáře nebo tzv. asistenční profese, jako jsou praktické sestry a ošetrovatelé.

Jejich kvalifikační příprava je, stejně jako v případě lékařů, upravena legislativou⁷⁵, jejíž změny byly v minulých několika letech hojně diskutovány, mnohdy i kritizovány odbornou veřejností. Již v delším časovém horizontu je také řešen (a to i veřejností) zejména nedostatek sester ve zdravotnictví, který se taktéž netýká jen našeho území.

V souvislosti s tímto fenoménem se u nás již dlouho hovoří o krizi ve zdravotnictví, která se týká i nedostatku sester, nicméně je možné konstatovat, že tento problém se hemodialyzačních pracovišť příliš nedotýká anebo jen regionálně v určitých obdobích. Důvodů je více a nejedná se jen o poměrně dobré finanční ohodnocení sester, ale i o další výhody, které sestry v této profesi spatřují. Z osobních zkušeností lze uvést, že „dialyzační“ sestry mají mezi ostatními zdravotníky vysokou prestiž, a to vzhledem ke kompetencím, jejichž rozsah je značný.

⁷³ Braunoviny – dvouměsíčník společností skupiny B-Braun Medical pro ČR a Slovenskou republiku.

⁷⁴ Vyhláška č.55/2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů* [online] [citace: 2018-11-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

⁷⁵ Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů* [online] [citace: 2017-09-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

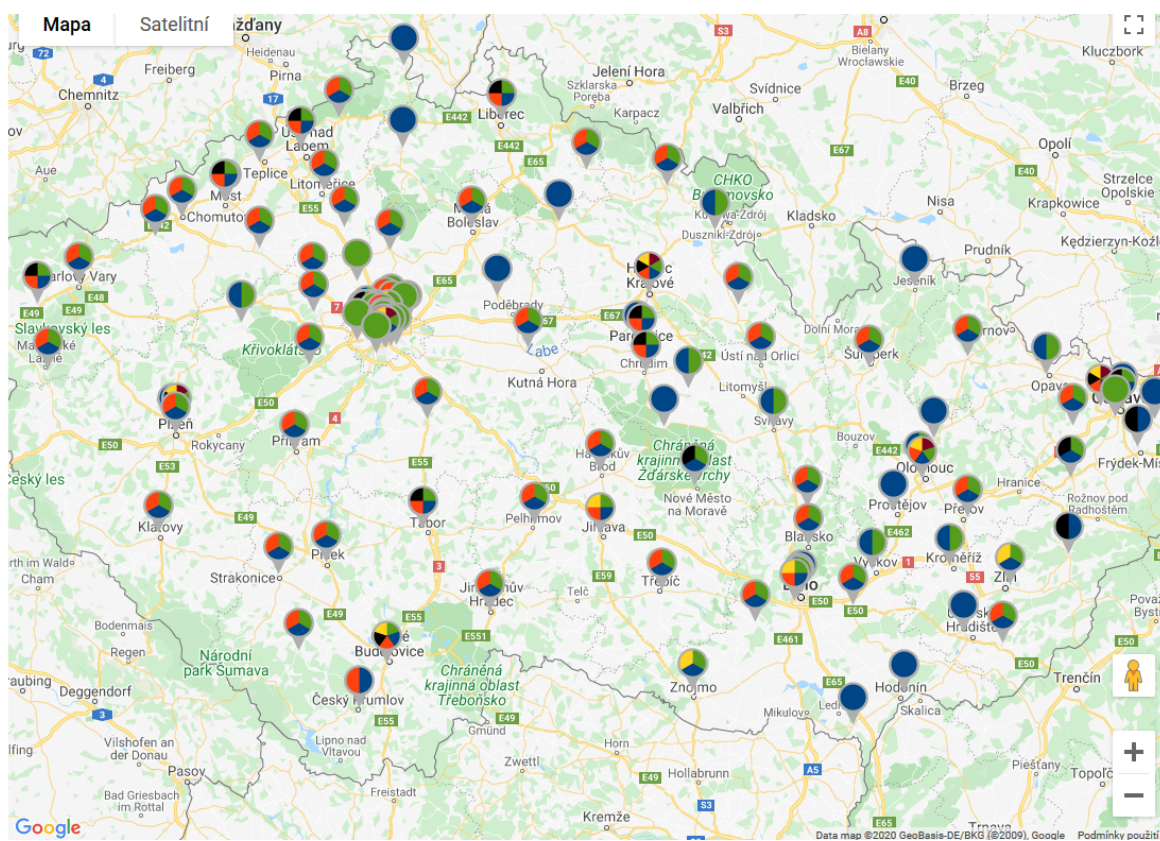
Sestry pracují s nejmodernější technikou, v podstatě jsou odpovědné za průběh jednotlivých výkonů dialýzy, a pracují tak z velké míry samostatně. Je podporováno, a nutno podotknout, že i společnostmi, které provozují soukromá hemodialyzační střediska, celoživotní vzdělávání dialyzačních pracovníků.

Celkově bylo v roce 2019 na hemodialyzačních střediscích zaměstnáno 1180 sester, z toho jich bylo 835 s odbornou specializací (Rychlík, Lopot, 2020).

Za jeden ze zdrojů pro pravidelnou dialyzační léčbu je považována její geografická dostupnost. V začátcích dialyzačního léčení byla právě geografická nedostupnost dialyzační léčby jednou ze závažných příčin vzniku etických problémů. Omezený počet pracovišť s minimem dialyzačních přístrojů znamenal pro ty, kteří se tam nedostali, odsouzení ke smrti. Nicméně i pro pacienty, kteří byli přijati k pravidelnému dialyzačnímu léčení, mohlo znamenat dojíždění k dialýze (pokud nebydli přímo u hemodialyzačního pracoviště) značné komplikace. Nemocní u nás sice byli transportováni sanitami (dokonce občas i letadlem), ale pokud pocházeli ze vzdáleného místa, trávili cestováním mnoho hodin na úkor doby mezi dialýzami. Dnes již geografická dostupnost dialyzačního léčení v mnoha ekonomicky rozvinutých zemích není nijak limitována, naopak je mnohými považována až za nadstandardní. Např. u nás bylo v roce 2019 k dispozici pacientům celkem 113 hemodialyzačních středisek (3 z tohoto počtu jsou dětská) (Rychlík, Lopot, 2020). Pacienti si u nás mohou hemodialyzační středisko svobodně zvolit podle svých preferencí.

Je nasnadě, že větší pokrytí mají velká města, jako je Praha (26 hemodialyzačních středisek) nebo Brno, v některých odlehlejších regionech jsou vzdálenosti mezi středisky o něco větší.

Rozmístění jednotlivých pracovišť v ČR je lépe patrné na obrázku 1.



- transplantační centrum
- nefrologická ambulance
- hemodialýza
- peritoneální dialýza
- centrum pro peritoneální dialýzu
- klinická nefrologie

Obr. 1 Mapa pokrytí pracovišti nefrologické péče v ČR (zdroj: ČNS, © 2006–2021; Google map, Data map, ©; GeoBasis DE/BKG©, 2009)

Pacienti mohou být transportováni z místa bydliště sanitními vozy a transport je pojišťovny hrazen v plném rozsahu. Šetření situace ohledně geografické dostupnosti u nás provedla ve své diplomové práci např. H. Bombalová (2018), která mj. zjišťovala, jak dlouhou mají pacienti dojezdovou vzdálenost z místa bydliště do svého dialyzačního střediska. Výzkumný vzorek představovalo 143 dialyzovaných pacientů ze šesti velkých pracovišť: dvou v Brně, v Praze, Táboře, Jihlavě, a Jindřichově Hradci. Vzdálenost do 10 km uvádělo 35 % respondentů, 29 % respondentů uvedlo vzdálenost do 20 km a 26 % respondentů dojíždělo ze vzdálenosti větší. Více než 40 km dojíždělo 4 % respondentů. Část z nich využívá k dopravě hromadné prostředky nebo vlastní automobil. Podle jejích výsledků z výzkumu vyplývá i to, že geografická vzdálenost může hrát roli při volbě dialyzační metody, lidé ze vzdálenějších míst volí častěji peritoneální dialýzu.

Většina středisek dnes nabízí všechny modalitě hemodialýzy a v indikovaných případech jsou schopna zajistit možnost peritoneální dialýzy i zařazení do dialyzačně transplantačního programu.

Mnoho pracovišť dnes pro své pacienty nabízí také možnost tzv. rekreační dialýzy. Po předchozí domluvě si lze rekreaci s poskytováním dialyzační péče domluvit na většině pracovišť v ČR. Střediska pořádají i prázdninové pobyty, některé jsou pro pojištěnce zdarma, některé se spoluúčastí. V podstatě lze pravidelné dialyzační léčení zajistit kdekoliv po Evropské unii, po splnění podmínek (finančních poplatků) lze zajistit dialýzu pro pacienty i v mnoha dalších zemích (dokonce existují vybavené dialyzační jednotky s personálem na rekreačních zaoceánských výletních lodích).

3 Uvedení do problematiky náhrady funkce ledvin

Následkem akutního poškození⁷⁶ či chronického onemocnění ledvin⁷⁷ (ať již primárního či sekundárního) se může rozvinout nezvratné selhání ledvin. Akutní poškození ledvin je diagnostikováno při náhle vzniklém (během 48 hodin) a trvajícím zhoršení renálních funkcí. Na rozdíl od chronického onemocnění ale tento stav může být za určitých okolností plně reverzibilní. Podle současných nefrologů se o chronické onemocnění ledvin jedná v případech poruchy ledvinného parenchymu nebo odchylky funkce ledvin, která trvá déle než tři měsíce a je spojena s výskytem jednoho, či více ukazatelů porušené funkce ledvin, které mají negativní vliv na zdraví pacienta (Sulková et al., 2010; Tesař, Viklický, 2015; Zakiyanov, Tesař, 2018). V podstatě se jedná o takový stav, kdy ledviny již nedokáží udržovat stabilitu extracelulární tekutiny a zároveň se rozvíjí další metabolické změny, které se zpočátku objevují jen při zvýšené zátěži organismu (Teplan, 2006).

V současnosti nefrologové rozlišují několik stupňů chronického onemocnění ledvin v závislosti na příčinách vzniku onemocnění, stavu snížení glomerulární filtrace, přítomnosti a stupni albuminurie (Viklický et al., 2015).

Při progresi obtíží část takto nemocných pacientů přechází do nezvratného (terminálního) selhání ledvin⁷⁸, kdy ledviny nefungují ani za běžných podmínek a nevládnou udržet normální vnitřní prostředí ani při dietoterapii, ani při farmakologické léčbě (Teplan et al., 2006).

Chronické selhání ledvin v terminální fázi je charakterizováno souborem pestrých a závažných příznaků, nazývaných také souhrnně uremický syndrom. Pro tento syndrom je typický posun laboratorních hodnot (při poklesu glomerulární filtrace ledvin v krvi stoupají hladiny katabolitů, zejména urey, kreatininu, kyseliny močové, přítomné jsou změny pH) a vznikají v různé míře vyjádřené klinické příznaky (nechutenství, zvracení, encefalopatie, hypertenze, plicní edém, anémie apod.) Neléčený stav končí metabolickým rozvratem a smrtí pacienta (Zakiyanov, Tesař et al., 2018; Viklický, Dusilová Sulková, 2015).

⁷⁶ Angl. *Acute kidney injury*, nahradilo v současnosti dříve užívaný pojem akutní selhání ledvin.

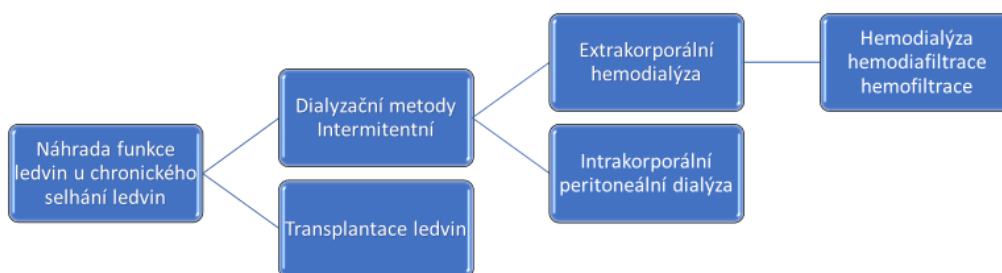
⁷⁷ Angl. *Chronic kidney disease*

⁷⁸ Angl. *End-stage renal disease*

3.1 Náhrada funkce ledvin

Pro záchranu života pacientů jsou u nemocných s prokázanou chronickou renální insuficiencí v terminálním stadiu užívány, spolu s konzervativní terapií (zahrnující dietoterapii, režimová opatření a farmakoterapii), léčebné metody nazývané souhrnně „náhrada funkce ledvin“⁷⁹ (Dusilová Sulková, Šafránek, 2015). Cílem uvedených léčebných metod je substituce selhávajících ledvin a eliminace katabolitů i vody, a to včetně stabilizace vnitřního prostředí pacienta (Zakiyanov, Tesař et al., 2018).

Odborníci uvádějí několik základních způsobů dlouhodobé náhrady chronicky selhávajících ledvin, které jsou schematicky znázorněny na obrázku 2. Nejčastěji jsou využívány intermitentní extrakorporální eliminační metody, zajišťované pomocí přístrojů, dnes tzv. dialyzačních monitorů. V současnosti se jedná o hemodialýzu a její modalitu, tzv. hemodiafiltraci (dále HDF) nebo hemofiltraci (dále HF). U části pacientů lze využít intrakorporální peritoneální dialýzu⁸⁰, prováděnou manuálním či přístrojovým způsobem, pomocí tzv. cyklerů. Třetí, optimální možností, je u indikovaných pacientů transplantace ledvin. Je třeba uvést, že současná doporučení umožňují i čtvrtý, zcela legitimní způsob léčby selhání ledvin, a to pokračující konzervativní (event. paliativní) léčbu u pacientů, jimž by výše uváděné náhrady ledvin neprospěly (Dusilová Sulková, Šafránek, 2015).



Obr. 2. Schéma základních metod náhrady funkce ledvin (zdroj: vlastní zpracování)

⁷⁹ Angl. *Renal Replacement Therapy* (RRT)

⁸⁰ Pro akutní poškození ledvin lze využít tzv. kontinuální nebo hybridní náhrady funkce ledvin, např. různé varianty kontinuální hemodialýzy, hemodiafiltrace a hemoperfuze.

Extrakorporální a intrakorporální metody přes veškerou vyspělou techniku a doprovodnou farmakologickou léčbu nedokáží plně nahradit všechny funkce nativních ledvin. Jedinou výjimku představuje pouze úspěšná transplantace ledvin. Ostatní metody nahradí z velké části renální exkreci, metabolické funkce jimi však nahradit nelze, a tyto je pak zapotřebí řešit jiným způsobem. Využívání uvedených metod přináší pacientům řadu akutních i chronických komplikací, o některých z nich je pojednáno více v dalším textu (Opatrný, Polakovič, 2006).

Hemodialýza probíhá v tzv. dialyzátoru, kde dochází pomocí uměle vyrobené semipermeabilní membrány⁸¹ za využití převážně fyzikálních jevů, jako je difúze⁸², ale i filtrace (konvekce), k eliminaci škodlivin. Pacientova krev je při hemodialýze přiváděna do dialyzátoru (v současnosti kapilárního), kde se dostává do kontaktu (v protisměru) s dialyzačním roztokem. Na podkladě uvedených fyzikálních jevů přechází katabolity a voda do dialyzátu a jsou tak odstraněny z organismu. Dochází však i k nežádoucím ztrátám některých potřebných látek, např. vitamínů nebo aminokyselin (Opatrný, Polakovič, 2006; Dusilová Sulková, Šafránek, 2015). Podobným způsobem lze využít k očištění krve i peritonea, membrány tělu vlastní (Dusilová Sulková, Šafránek, 2015; Bednářová, Sulková, 2007). Hemodialýza a peritoneální dialýza jsou od počátku běžně (nikoliv zcela přesně, protože HDF a HF zahrnují i další fyzikální jevy) nazývány souhrnně dialýzou⁸³ (Dusilová Sulková, Šafránek, 2015).

⁸¹ Dialyzátor je základní funkční jednotkou procesu hemodialýzy. Původně byl dialyzační přístroj (umělá ledvina) synonymem pro dialyzátor, časem přibývaly další komponenty a části se oddělily. Později se dialyzátor stal výměnným a tím se oba pojmy definitivně oddělily.

⁸² Difúze je jev, při němž se smíchají roztoky rozdílné koncentrace a molekuly z více koncentrovaného roztoku difundují do míst s nižší koncentrací až k vyrovnání koncentrace. Při filtraci se molekuly přesouvají na podkladě rozdílných tlakových gradientů. V malé míře dochází i k adsorpci, přichycení některých molekul na membránu, ale při dialýze adsorpce nemá klinický význam, využívá se ale u jiných extrakorporálních eliminačních metod, např. u hemoperfuze.

⁸³ Objevitelem principu rozdělování biologických tekutin membránovou dialýzou je skotský chemik Thomas Graham (1805–1869), který využíval pro své pokusy stěnu hovězího močového měchýře. Taktéž jako první použil pojmu dialýza.

3.1.1 Příprava a indikace pacienta k léčbě metodami náhrady funkce ledvin

Je všeobecnou (a dlouholetou) snahou, aby pacienti, jimž chronicky selhávají ledviny, byli včas dispenzarizováni a konzervativně léčeni tak, aby se správnou péčí udržel stav funkčních ledvin co nejdéle. Pokud pacient přesto spěje k nevratnému selhání ledvin, měl by být postupně připravován k terapii některou z výše uvedených metod náhrady funkce ledvin ve specializované nefrologické ambulanci, kde je mj. rozhodnuto o volbě vhodné metody (Válek, Haškovcová a Válková, 1982; Kubišová, Dusilová Sulková, 2010; Zakiyanov, Tesař, 2018).

Podle S. Dusilové Sulkové a M. Kubišové (2010) by v ideálním případě predialyzační příprava měla trvat alespoň rok a zahrnovat jak konzervativní léčbu, tak fyzickou a psychickou přípravu. Fyzická příprava zahrnuje včasnou vakcinaci proti hepatitidě B, zajištění cévního vstupu (či peritoneálního katétru) a event. vyšetření potřebná k zařazení do tzv. čekací listiny⁸⁴ k transplantaci ledvin. Psychická příprava by měla obsahovat vysvětlení o funkcích ledvin a jejich ztrátě, vysvětlení principů terapie, nácvik pacienta k zvládnutí péče o cévní (peritoneální) vstup, dodržování pitného a dietního režimu vzhledem k aktuálnímu stavu, nácvik měření krevního tlaku, event. i nácvik aplikace léků a diskuzi k rozhodnutí o metodě. Do edukačního procesu je vhodné (u dětí nutné, jinak dle preferencí pacienta) zařadit i pacientovy blízké osoby.

Ani v současnosti se však nedaří podchytit hrozící selhání ledvin včas, a tak stále více než polovina přijatých k pravidelnému dialyzačnímu léčení přichází s již rozvinutým chronickým renálním selháním jako tzv. „záchyt z ulice“. Častým důvodem je fakt, že onemocnění ledvin bývá poměrně dlouho skryté, bez výrazných klinických příznaků. Takovýto pacient není dispenzarizován, a tudíž ani připraven na pro něj nezvyklou léčbu. Selhání ledvin je v těchto případech, často díky již rozvinutým klinickým příznakům, nutné řešit zpočátku akutním způsobem. U naprosté většiny pacientů se, ať již z predialýzy anebo v případech záchyty z ulice, začíná klasickou hemodialýzou, event. je časem navržena některá další metoda náhrady funkce ledvin (Dusilová Sulková, Šafránek, 2015; Rychlík, Lopot, 2020).

Při volbě metody hrají roli nejen medicínská, ale i socioekonomická hlediska, priority ošetřujícího lékaře a v neposlední řadě by měl být brán v potaz pacientův názor (Znojová, 2007, 2019).

⁸⁴ Angl. *Waiting List*

S. Dusilová Sulková uvedla, že volba metody, která bude pro pacienta s chronickým selháním ledvin optimální, je náročným procesem. Součástí přípravy je rozhodování, v jakém okamžiku a zda vůbec, přejít od konzervativní terapie k dialyzační léčbě, event. k transplantaci ledvin. Tento problém není stále zcela dořešen, a tak dodnes vyvolává u odborníků řadu otázek a nejasností (Dusilová Sulková, 2009; Dusilová Sulková, Kubišová, 2010; Dusilová Sulková, Šafránek, 2015).

Určitá shoda panuje v přesvědčení, že začít s dialyzováním je třeba včas, ještě předtím, než dojde k rozvinutí závažných klinických příznaků (např. zvracení, projevy neuropatie, uremická perikarditida) a které limitují další přežívání nebo transplantaci ledvin (Zakiyanov, Tesař, 2018).

Stejně tak, jako začít dialyzovat pozdě, je nevhodné začít naopak příliš brzy, a to nejen ze zdravotních, ale i z etických důvodů. Je prokázáno, že předčasné zařazení pacientů do pravidelného dialyzačního léčení poškozuje pacienty, protože se mj. výrazně zvyšuje riziko úmrtí. Již od počátků léčby proto existovala snaha podepřít rozhodování lékařů obecněji platnými objektivními ukazateli pacientova stavu neboli stanovit přesnější medicínská (ale vzít do úvahy i další, např. psychologická, či sociální) indikační kritéria zařazení pacienta do léčby (Dusilová Sulková, 2015).

V současnosti takováto kritéria, která jsou akceptována i Českou nefrologickou společností (dále ČNS), existují v podobě tzv. *European Renal Best Practice* (dříve známá jako *European Best Practice Guidelines*). Zmíněná pravidla jsou definována mezinárodní organizací *European Renal Association / European Dialysis and Transplant Association*⁸⁵ (dále ERA-EDTA) (Tattersall, Malo a Pedrini, 2007).

Další podobnou iniciativou je aktivita *Kidney Disease: Improving Global Outcomes* s celosvětovou působností. Toto společenství koordinuje existující a zároveň připravuje nové doporučené postupy pro nefrologii. Vydává k nim vlastní odborná stanoviska, což spojuje národní i nadnárodní aktivity evropských i amerických nefrologických společností. Uvedená doporučení jsou pravidelně aktualizována a revidována ve spojitosti s novými objevy v nefrologii a jsou v souladu s medicínou založenou na důkazech (Dusilová Sulková, 2010).

⁸⁵ Organizace *West European Dialysis Association* byla založena v r. 1963 jako mezinárodní společnost pořádající celoevropská setkání dialyzačních lékařů. Vzhledem k situaci tzv. „železné opony“, kdy východní blok států byl oddělen od Západní Evropy, bylo ve snaze o založení celoevropské společnosti vypuštěno z názvu slovo *West*. O něco později bylo (v souvislosti s rozvojem transplantací ledvin) přidáno slovo *Transplant*, nový název zněl *European Dialysis and Transplant Association* (dále EDTA). Ta začala vydávat každoroční sborník *Proceedings*, sborník obsahující plné texty prací z pravidelných setkání odborníků. Přes několik dalších proměn se název ustálil v roce 1997 na současném *European Renal Association/European Dialysis and Transplant Association*, který reprezentuje rozšíření problematiky o klinickou nefrologii (Rychlík, 2009).

Mezi medicínská kritéria zařazení k léčbě některou z náhradních funkcí ledvin patří pokles glomerulární filtrace pod stanovenou mez (obecně pod 10 ml/min vzhledem k tělnímu povrchu) a některé další patologické laboratorní hodnoty (posuny v krevním iontogramu a pH, zvýšení katabolitů, v první řadě urey a kreatininu) nebo přítomnost hyperhydratace, oligurie či malnutrice.

Stejně tak je posuzována rizikovost pacientů (přidružené choroby, např. *diabetes mellitus*), které mohou selhání ledvin urychlit nebo komplikovat. Posouzení vhodné metody a čas zahájení by ale mělo být řešeno vždy přísně individuálně a ve spolupráci s pacientem (viz Příloha č. 1, kde lze nalézt přehled Indikací k zahájení dialyzačního léčení) (Dusilová Sulková, 2012; Teplan, 2017; Zakiyanov, Tesař et al., 2018).

3.2 Pravidelné dialyzační léčení

Dlouhodobá terapie je organizována do podoby pravidelného dialyzačního léčení⁸⁶ (dále PDL), které podle S. Dusilové Sulkové zahrnuje program celkového přístupu k nemocnému v závěrečné fázi chronického selhání ledvin. Jde tedy nejen o samotnou dlouhodobou (event. trvalou) léčebnou péči pomocí některou z náhradních metod, ale i o veškerou další péči (preventivní, ošetrovatelskou, rehabilitační, psychologickou, sociální, event. paliativní) poskytovanou pacientovi takovým způsobem, aby mu byla co nejvíce ku prospěchu (Dusilová Sulková, Šafránek, 2015).

Cílem léčby pomocí PDL je zajistit pacientům co nejkvalitnější život, a to jak po stránce fyzické, tak i psychické. U nás je nejčastěji léčba zahájena přístrojovými intermitentními extrakorporálními metodami, které jsou založeny na periodickém opakování (tzv. dialyzační rozvrh) jednotlivých výkonů hemodialýzy či jejích modalit (u nás nejčastěji 3–5 hodin, 3–4krát týdně, v zahraničí existují i jiné režimy, např. 8 hodin v podobě nočních výkonů). Takovýmto způsobem lze umožnit přežití pacientů v konečné fázi chronického selhání ledvin až několik let (někdy i desetiletí) (Opatrný, Polakovič, 2006; Zakiyanov, Tesař, 2018).

⁸⁶ Pojem „pravidelné dialyzační léčení“ prošel během vývoje několika proměnami a není ustálen. Např. v r. 1967 bylo v literatuře uváděno „pravidelné dialyzační léčení“. V r. 1971 bylo používáno pojmu „chronická intermitentní hemodialyzační léčba“ či „chronický intermitentní hemodialyzační program“, a proto je dodnes někdy užíváno spojení „chronická dialýza“ nebo „chronický dialyzační program“. V roce 2000 bylo užíváno i pojmu „pravidelná hemodialýza nebo pravidelná dialýza“. V disertační práci je používán pojem „pravidelné dialyzační léčení“ uváděný v soudobé literatuře předními nefrology.

Metody je možné i kombinovat a lze tak zvýšit jejich efektivitu, ale v české praxi je to jen výjimečné.⁸⁷

Pacientovy laboratorní výsledky a klinický stav jsou nadále stále sledovány. Podle těchto ukazatelů je upravována další konzervativní i přístrojová terapie a stanoven léčebný plán (Dusilová Sulková, 2015). V současnosti je sledována i v období probíhající léčby kvalita léčby na podkladě již zmiňovaných odborných stanovisek (*Kidney Disease: Improving Global Outcomes*).

3.2.1 Hemodialyzační střediska

PDL probíhá v současnosti nejčastěji v tzv. hemodialyzačních střediscích⁸⁸ (dále HDS) (event. centrech, jednotkách, odděleních), kde v ideálním případě péče navazuje na péči nefrologické poradny či predialyzační poradny. V současné praxi bývají obě pracoviště úzce propojena a spolupracují. HDS často poskytují i akutní intenzivní péči a provádí se zde celé spektrum metod náhrady funkce ledvin.

HDS bývají součástí větších zdravotnických zařízení, např. nemocnic, ať se již nacházejí přímo v tomto zařízení, anebo jako tzv. satelit a jsou tak v podstatě detašovaným pracovištěm toho kterého zdravotnického zařízení. HDS teoreticky mohou fungovat zcela nezávisle jako samostatná jednotka.

HDS jsou standardně vybavena vyšetřovnou, dialyzačními sály s dialyzačními lůžky, dialyzačními monitory, pracovnou pro dialyzační tým, reverzní osmózou (úpravou vody) a komplementem (sklady apod.). Pracoviště jsou ambulantního typu, ale mají charakter jednotky intenzivní péče a jsou povinně vybavena v souladu s platnou legislativou⁸⁹.

Dialyzačními lůžky disponují i některá oddělení lůžkových poskytovatelů péče (nemocnic). Využívána jsou u pacientů s nutností hospitalizace (akutní poškození ledvin, zdravotní komplikace u chronických pacientů nebo příprava k transplantaci).

⁸⁷ O. Zakiyanov a P. Wurmová uvádějí, že kombinování více metod je poměrně časté např. v Japonsku, protože se tam z náboženských důvodů provádí jen minimum transplantací (Zakiyanov, Wurmová, 2018).

⁸⁸ V disertační práci je užíváno v kapitolách o historii PDL dobového pojmu „hemodialyzační pracoviště“, protože se zpočátku jednalo o jednotlivě umístěvané přístroje na kliniky či oddělení tehdejších zdravotnických zařízení. Také je užíváno pojmu hemodialyzační středisko, který je vyhrazen pro samostatné dialyzační pracoviště současného typu, určené výhradně k poskytování zdravotní péče související s aplikací eliminačních metod.

⁸⁹ Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče In: *Sbírka zákonů* [online] [citace: 2017-09-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1981-75/zneni-0>

Přístrojovou hemodialýzu lze za určitých podmínek provádět i v domácím prostředí. V roce 2015 vstoupila v účinnost vyhláška⁹⁰, která obsahuje pět výkonů zahrnujících proces domácí dialýzy plně hrazených zdravotními pojišťovkami (Lopot, Švára a Polakovič, 2018).

3.2.2 Extrakorporální hemodialýza

Hemodialýza se provádí pomocí tzv. dialyzačního přístroje, od počátku také nazývaného umělá ledvina. V současnosti se jedná o složitý (a finančně nákladný) elektronický přístroj, tzv. dialyzační monitor, sestávající z mnoha komponent. Nejnovější typy přístrojů zvládnou i další varianty hemodialýzy (např. nyní hojně využívanou HDF) (Opatrný, Polakovič, 2006).

Pacient musí mít zajištěn cévní přístup pro extrakorporální (mimotělní) krevní oběh, v současnosti je pro každou hemodialýzu lékařem sestaven dialyzační předpis, ve kterém jsou stanovena kritéria eliminace a další ukazatele. Předpis lékař průběžně upravuje podle klinického stavu pacienta a výsledků laboratorních i dalších vyšetření.

Pacientova krev, odebíraná z cévních vstupů pomocí kanyl nebo katétrů za pomoci krevní pumpy proudí do dialyzátoru, kde dochází pomocí dialyzačního roztoku k eliminaci katabolitů a vody, tyto jsou pak odváděny do odpadu. Očištěná krev se vrací pacientovi. Během výkonu je třeba zamezit koagulaci krve, což se většinou provádí pomocí aplikace antikoagulancií do mimotělního oběhu. Přístroj je vybaven řadou podpůrných komponent, alarmovými čidly a systémy, ale např. i dalšími komponentami pro aplikace roztoků, injektomatem nebo tonometrem. Je napojen na elektřinu, upravenou vodu a odpady, míchá a ohřívá dialyzační roztoky, upravenou vodu pro dialýzu spolu s dialyzačním koncentrátem, míchá a ohřívá dialyzační roztoky; použitý dialyzát je veden do odpadu, veškeré spoje jsou hermeticky těsné. Nezbytnou součástí monitorů jsou bezpečnostní prvky – např. detektor úniku vzduchu, a dále i on-line zobrazované ukazatele průběhu dialýzy (tlaky v arteriálním i návratovém krevním setu, vodivost dialyzačního roztoku, aktuální i celková ultrafiltrace atd.) Po provedení každého výkonu se provádí pomocí příslušného programu kvalitní dezinfekce tak, aby nedocházelo k infekčním nákazám (Lopot, 2012).

⁹⁰ Vyhláška č. 326/2014 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů* [online] [citace: 2018-10-22]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2014-326>

Pacient je po absolvování dialyzačního výkonu ošetřen (cévní vstupy) a zvážen. Pokud u něj nedošlo ke komplikacím, odchází domů (Kubišová, Dusilová Sulková, 2010).

Jak již bylo uvedeno, v současnosti je z přístrojových metod nejvíce využívána vysokoobjemová HDF, která je považována za nejkvalitnější variantu hemodialýzy. Liší se od původní klasické hemodialýzy využíváním substitučního roztoku a výhradním použitím vysoko propustných membrán⁹¹ v dialyzátoru, čímž je zajištěn větší podíl filtrace oproti původně většímu podílu difúze.

Tímto způsobem je možné odstranit značné množství vody i s katabolity vázanými také na bílkoviny, což u klasické hemodialýzy nelze. Odstraněná voda je průběžně nahrazována speciálními roztoky podobnými složením plazmě, pacienti jsou tak oběhově stabilní a je eliminováno větší množství katabolitů než u klasické hemodialýzy (Dusilová Sulková, Šafránek, 2015).

3.2.3 Intrakorporální peritoneální dialýza

Intrakorporální peritoneální dialýza⁹² je metodou, při níž je využito k transportu látek pacientovo vlastní peritoneum. Dialyzační roztok je aplikován pomocí dlouhodobě zavedeného peritoneálního katétru do dutiny břišní. Tento typ dialýzy lze provádět buď manuálně, a to prostým napouštěním a vypouštěním dialyzačního roztoku samospádem, nebo pomocí jednoduchého a dobře ovladatelného přístroje (velikosti přibližně osobního počítače, do něhož je možné nahrát příslušný program), tzv. cykleru. Peritoneální dialýza může probíhat v různých režimech, v podobě kontinuální ambulantní peritoneální dialýzy, kontinuální peritoneální dialýzy s použitím cykleru, noční (či denní) intermitentní peritoneální dialýzy, „přilivové“ a intermitentní peritoneální dialýzy. Peritoneum je dobře krevně zásobeno a je složeno z více propojených vrstev, proto dobře slouží jako polopropustná membrána mezi krví a napouštěným dialyzačním roztokem (Bednářová, Sulková, 2007).

Z výsledků výzkumů dlouhodobě vyplývá, že tato metoda vykazuje lepší výsledky a je podstatně šetrnější než klasická hemodialýza, pokud se využije v iniciační fázi PDL. Pacientům pak umožňuje event. budoucí lepší přijetí transplantátu (Dusilová Sulková, 2015).

⁹¹ Angl. *high-flux* lze použít i u klasické HD, jako *high-flux* HD, ale na rozdíl od HDF se nepoužívá substituční roztok.

⁹² Zavedena jako klinická metoda v r. 1959.

Metoda je vhodná např. pro lepší komfort pacientů preferujících domácí prostředí, protože ji lze po zaškolení snadno provádět doma. Pacient dochází pouze do nefrologické poradny na kontroly zdravotního stavu a do peritoneální ambulance, která je v současnosti součástí většiny HDS. Některé agentury domácí péče zajišťují i tuto péči. Noční varianta je vhodná pro pacienty, kteří nechtějí být ve dne omezováni (pracují či studují apod.). Peritoneální dialýza klade nároky na pacientovu schopnost sebeobsluhy ve smyslu dodržení přísně aseptických postupů, jimiž lze zabránit rozvoji peritonitidy. Peritonitida je závažná, a tím i obávaná komplikace, negativně totiž ovlivňuje další funkčnost peritonea.

Peritoneální dialýza je časově omezena (maximálně několik let), protože postupně dochází k chronickému poškozování peritonea látkami z dialyzačních roztoků. Není také vhodná pro všechny pacienty, vyloučeni jsou např. pacienti po velkých břišních operacích, kdy peritoneum může být zajizvené. Problematické je její využití u diabetiků, jednak roztoky obsahují glukózu a jednak je peritoneum většinou poškozené, tudíž nefunkční z hlediska procesu dialýzy (Bednářová, Sulková, 2007).

Volba vhodné metody je velice individuální. Nelze obecně určit, že je některá z nich lepší. Každá má své výhody a nevýhody, které je třeba pečlivě uvážit jak ze strany lékaře, tak i z hlediska pacienta. V posledních desetiletích proběhly opakovaně výzkumy na téma srovnání kvality života pacientů léčených různými metodami náhrady ledvin. Např. výsledky porovnání kvality života na přístrojové hemodialýze a pacientů peritoneálně dialyzovaných nejsou úplně jednoznačné. Do procesu totiž vstupují i mnohé další ovlivňující faktory (věk, předchozí kvalita života pacienta, jeho aktivity atd.), a tudíž nelze konstatovat, že kvalita života pacientů je u některé z metod výrazně lepší, jak se dosud tradovalo. Např. pro mladé aktivní pacienty, kteří jsou zvyklí si život organizovat sami, může být vhodnější peritoneální dialýza, naopak pro pacienty staré, často osamělé, může představovat hemodialýza na HDS nabídku sociálních kontaktů, a tím i lépe vnímanou kvalitu života. Podstatný je fakt, že co pro někoho představuje výhodu, pro jiného může být nevýhodou. Hemodialýza přináší časovou závislost, omezení volného pohybu, nutnost pobývat v nemocničním prostředí, pravidelný kontakt s členy dialyzačního týmu i spolupacienty a větší míru ztráty kontroly nad procesem (vše mají v rukou odborníci) nebo problémy v zaměstnání. Peritoneální dialýza přináší větší apel na schopnost sebepéče, nutnost nést odpovědnost, povinnost každodenního výkonu dialýzy, potřebu vymezení času i místa pro její provádění. Stejně jako hemodialýza může znamenat problémy se zaměstnáním, změnu vzhledu (zavedení břišního katétru) a např. i ztrátu možnosti koupání ve sladkovodních zdrojích. Zároveň ale přináší větší nezávislost (Znojová, 2007).

Např. R. Bužgová a Š. Šmotková (2013) prováděly výzkum kvality života pacientů v pravidelném dialyzačním léčení a porovnávaly je s kvalitou života pacientů po transplantaci ledvin. Výsledky potvrdily lepší vnímání kvality života pacientů po transplantaci ledviny.

Na druhou stranu je zapotřebí skutečně zvážit všechny faktory, které do volby metody vstupují, protože podle mých zkušeností existují i pacienti, kteří rozhodnutí o transplantaci ledvin, kterou úspěšně podstoupili, následně litovali, protože přišli o sociální kontakty na HDS.

V ČR, jak je výše uvedeno, po celou dobu existence PDL vstupují do volby metody i ekonomické faktory, které přinášející etické problémy. O této problematice je v disertační práci pojednáno v samostatných kapitolách.

3.2.4 Psychická stránka a kvalita života pacientů

Jistě lze souhlasit se S. Dusilovou Sulkovou (2015), že přijetím pacienta do PDL se jeho dosavadní život naprosto změní. Dialyzační tým by pak měl nejen dokázat tento život prodloužit a minimalizovat zdravotní rizika, a zároveň se pokusit zachovat jeho co nejvyšší možnou kvalitu.

Adaptace na takto náročnou životní situaci závisí nejen na vnitřních dispozicích pacienta, ale i na mnoha vnějších okolnostech. Klíčová je psychická podpora pacienta, která by měla začínat již v predialyzačním období. Pokud je pacient dobře připraven, aktivně se účastní hned v začátcích procesu léčby a výběru vhodné metody, zlepšují se výsledky jeho léčby. Důležitá je pak důkladně vedená diskuze s informacemi podanými adekvátně pacientovým duševním schopnostem a navázání spolupráce s jeho blízkými. Jak již bylo uvedeno, všechny metody náhrady funkce ledvin mají svá pozitiva i negativa a pacient by s nimi měl být seznámen, pokud možno včas, tak, aby se na výběru metody mohl podílet svým rozhodnutím. Přesto se ukazuje, že někdy i přes dlouholetou léčbu nebývá pacient včas a řádně informován. Za jeden z významných etických problémů v nefrologii je v současnosti považováno nedostatečné informování o prognóze pacienta s chronickým selháním ledvin, a to přestože je prokázáno, že očekávaná prognóza hraje v rozhodovacím procesu výběru metody klíčovou roli. Důvodů tohoto stavu je celá řada. Jedním z těch hlavních je fakt, že odhadnout prognózu je pro lékaře často velmi obtížné. Dalším z nich je stále panující přesvědčení, že pacienti takovou informaci nepotřebují nebo odmítají. V neposlední řadě je překážkou i nedostatek komunikačních dovedností lékařů (Szonowska et al., 2019).

Poněkud odlišná je situace pacientů „z ulice“, kteří se dozví o své chorobě pozdě a náhle. Tím je rozhodování o volbě metody značně ztíženo. Na našem území se tradičně začíná s klasickou hemodialýzou, ale není to nutné (Dusilová Sulková, Šafránek, 2015).

Nicméně pokud jsou tito pacienti postaveni před rozhodnutí volby metody, opakovaně se prokázalo, že preferují hemodialýzu před ostatními metodami, protože ji v tu chvíli vnímají jako nejméně ohrožující variantu (Znojová, 2007, 2019).

V polovině 70. let 20. století (jako první u nás) H. Haškovcová (1975) popsala, jak významný je způsob sdělení diagnózy nemocnému a že se od něj může odvíjet další psychická odezva. Z rozhovorů, které tehdy vedla s dialyzovanými pacienty, zjistila, že jejich reakce při sdělení diagnózy jsou plné strachu a chaosu.

O deset let později tatáž autorka uvedla, že iniciační období v PDL nazval americký profesor psychiatrie N. B. Levy „líbáncami“ ve smyslu „políbení“ přístroje, který dokáže pacienta zachránit, což v té době odpovídalo reakcím pacientů, kterým byla nabídnuta tehdy skutečně vzácná šance na další život (Haškovcová, 1985). Ještě v roce 2006 podobně popisoval vnímání zahajovací fáze PDL nefrolog V. Teplan (2006).

V současné době se odborníci shodují (vycházím z rozhovorů, které jsem s nimi vedla, ale i z mé zkušenosti), že dnešní pacienti již ze svého běžného života dobře vědí, že existuje dialýza. Mnohdy už někoho na dialýze znají či znali, či se s ním během svých návštěv v ambulanci setkali, tudíž mají informace o tom, že přístroje jsou bezpečné, že jim zachrání život, a tak se žádné „panické scénáře“ nekonají. První období není dnes také spojeno s žádnou výraznou úlevou od potíží, protože pacient v úvodu již nemívá výrazné klinické příznaky (není zařazen až v období přítomnosti závažných klinických příznaků, ale dříve). Stejně tak pacienti vědí, že jim léčba bude poskytnuta a dialyzační místa jsou dostupná.

Je zapotřebí si uvědomit, že PDL působí na pacienty různě i z hlediska jejich věku. Někteří mladší pacienti zůstávají aktivní, zajímají se o okolnosti PDL, o přístroje a práci odborníků, dokonce jsou ochotni pomáhat ostatním pacientům, účastní se či organizují svépomocné skupiny, sportují, volí domácí typ dialýzy apod. Na druhou stranu mladší pacienti daleko více trápí změny vzhledu, aktivit, pracovního uplatnění nebo omezení cestování. Po celou dobu PDL hraje pro tyto pacienty důležitou roli fenomén naděje v podobě možnosti transplantace ledvin, ale i podpora blízkých a dialyzačního týmu.

Neméně významná je v celém procesu adaptace pacienta v PDL na dialyzační tým, jeho profesionalita a podpora.

Starší pacienti mívají jiné obavy než ti mladší. Obávají se ztráty zázemí, domova i soběstačnosti. Je opakovaně prokázáno (a i z mých zkušeností vyplývá), že tito nemocní jsou při dlouhodobé hemodialýze vystaveni stresující zátěži. Časté jsou narušené tělesné a duševní funkce (snížení výkonnosti, únava, bolesti, poruchy spánku, neurologická poškození, deprese, ztráta sebevědomí, strach ze smrti), restriktce (omezení tekutin, dietní opatření), změny vzhledu (barva kůže, zápach, tělesné proporce, cévní vstupy, chronické rány, jizvy, celkové chátrání), závislost na přístroji i zdravotnících, a to časová i prostorová, nepřináší jen poruchy ve vnímání vlastní integrity, ale znamenají zátěž i pro pacientovy blízké (Szonowska et al., 2019). Je tak zajímavostí, která vyplývá z řady studií, že řada starších pacientů kupodivu hodnotí kvalitu svého života jako poměrně dobrou. Důvodem je role starších lidí, kterou ve vyšším věku zastávají, jak uvádí psychologka M. Znojová (2019). Starší lidé již bývají vyrovnání se svým životem, vědí, že splnili životní cíle a jsou smířeni s konečností svého života.

Nejen podle mých zkušeností je u pacientů vysokého věku poměrně častým jevem, že pro osamělé pacienty představuje dialyzační tým (i spolupacienti) určitou formu náhrady běžných sociálních vztahů. Takovýto typ pacientů často právě ze sociálních důvodů odmítá další možné metody náhrady funkce a raději zůstává v PDL.

Existuje však i určité množství pacientů (jejichž množství stále roste), u nichž znamená zahájení léčby výrazné snížení kvality života. Poměrně agresivní léčba dialýzou, četné hospitalizace u pacientů vysokého věku, trpících tzv. geriatrickou křehkostí přinášejí narůstající fyzické i psychické potíže. Jak výstižně uvedl jeden z respondentů výzkumu: „*Při dlouhodobé léčbě je pro pacienta největším traumatem to, jak sám pozoruje, že mu ubývají síly, často nejprve jezdí na dialýzu na kole, či autem, pak sanitkou a po letech do té sanitky už ani nedojde*“ (Respondentka 1).

Specialisté v oboru gerontologie Z. Kalvach a I. Holmerová (2008) geriatrickou křehkostí označují stav, při němž se díky vyššímu věku snižuje potenciál zdraví a zároveň začnou přibývat funkčně závažné symptomy, zejména mentálního, pohybového a nutričního charakteru. Tento stav bývá spojen se ztrátou soběstačnosti, závažnými komplikacemi a doprovodným výskytem chorob i úrazů.

Tento fenomén potvrzuje i nefroložka, specializující se na paliativní medicínu, B. Szonowská a její spolupracovníci (2019), kteří ve své knize potvrzují, že dnes jsou většinou zastoupeni pacienti, pro něž je PDL konečným řešením. Důvodem je fakt, že většinu pacientů představují lidé staršího věku, kteří často trpí tzv. geriatrickou křehkostí.

V popředí je pak závažná otázka, zda, pokud již náhrady funkce ledvin nepřinesou pacientovi prospěch, a naopak mu výrazně zhorší kvalitu života, nezážit konzervativní (event. paliativní) léčbu, což je nutné skutečně zodpovědně a opakovaně posoudit ve spolupráci s nemocným (případně jeho rodinou).

3.3 Transplantace ledvin

Pacient s chronickým selháním ledvin v terminálním stadiu může být za určitých podmínek navržen k transplantaci ledvin (dále TPL), která je u nás na vysoké úrovni (v současnosti je možná i transplantace více orgánů najednou, např. TPL se provádí současně s transplantací slinivky břišní nebo jejích částí, nově i jater) a podléhá příslušné legislativě. Pacient je zařazen na čekací listinu (v ČR s názvem Národní registr osob čekajících na transplantaci), a to v ideálním případě ještě předtím, než je léčen některou z dalších metod náhrady funkcí ledvin, jako tzv. preemptivní TPL. Pokud je k dispozici kompatibilní ledvina, je nemocnému transplantována v některém z odborných transplantačních center, kterých je v ČR dostatečný počet (momentálně sedm). Alokaci orgánů a všechnu logisticko-administrativní aktivitu zajišťuje Koordinační středisko transplantací se sídlem v Praze. Přestane-li orgánový štěp fungovat, může být pacient přijat (nebo se vrátit, pokud tam již byl před TPL zařazen) do PDL, a dokonce může být znovu zařazen na čekací listinu a podstoupit další transplantaci, v závislosti na zdravotním stavu i opakovaně. Část transplantovaných ledvin pochází z mrtvých dárců (tzv. kadaverů) (Tesař, Viklický, 2015).

Zákonodárci se u nás (a v dalších zemích Evropy) na základě zkušeností s dotazováním na problematiku posmrtného darování orgánů rozhodli, že budou předpokládat, že občané souhlasí s posmrtným darováním orgánů (tzv. angl. *opting out*). Tedy tomu, kdo oficiálně vyjádřil svůj nesouhlas (většinou národní registry nesouhlasících nebo podobné formy), není odběr orgánu proveden. Je však brán i zřetel na vyjádření příbuzných, kteří s odběrem nesouhlasí. Opačný systém má např. Anglie, USA a Kanada, kde je uznáván předpokládaný nesouhlas (tzv. angl. *opting-in*) a pokud občan souhlasí s posmrtným darováním svého orgánu, vstupuje do příslušného registru dárců.

Každý ze systémů má své výhody, v *opting – out* je to větší počet odebraných orgánů k dispozici příjemcům, zatímco v *opting – in* jich je méně, na druhou stranu ale zaručuje, že nebude orgán odebrán někomu, kdo s tím nesouhlasil (Šimek, 2015). V současnosti ale spíše dochází k darování ledviny od žijícího dárce (angl. *living donor*), a tedy příbuzenským, nepříbuzenským či párovým transplantacím (mezi dvěma inkompatibilními dárci, nejčastěji manželi, se provede výměna za pár kompatibilní, takže ve výměně figurují čtyři lidé), od roku 2012 jsou u nás prováděny i tzv. „řetězové“ TPL⁹³ (Tesař, Viklický, 2015).

Celý program je veden s mezinárodní spoluprací⁹⁴, čímž se zvyšuje šance na získání dárcovské ledviny. TPL od žijícího dárce je výhodnější z mnoha hledisek, takto získané ledvinné štěpy mají výrazně delší životnost, doba čekání na TPL se významně zkracuje a je možné ji provést preemptivně, což znamená vyhnout se přípravě k dialyzačním metodám a samotné dialýze (Viklický, Tesař a Dusilová Sulková, 2010).

Nutné je si však uvědomit, že i když je část pacientů každoročně úspěšně transplantována (v ČR průměrně 400 nemocných), část dříve transplantovaných pacientů se do PDL vrací (v ČR je to v počtu kolem 80 osob ročně) (Rychlík, Lopot, 2020). Tento návrat je většinou provázen značným rozčarováním pacienta a negativní psychickou odezvou, kterou je nutno včas a dobře řešit.

Přestože je TPL dnes považována za optimální řešení terminálního stadia selhání ledvin (a je nutné poznamenat, že u nás je na velice dobré úrovni), je zároveň stále oblastí mnoha nedořešených etických problémů. U nás se jedná např. o problémy v systému alokace a akceptace ledvin k transplantaci, dárcovství atd. Jejich podrobný popis, souvislosti i praktická řešení však přesahují vymezené téma této disertační práce. Uvedenou etickou problematiku lze podrobněji nalézt v odborných monografiích našich předních nefrologů, např. V. Tesaře a O. Viklického nebo autorů zabývajících se lékařskou etikou, za všechny lze jmenovat např. H. Haškovcovou a M. Munzarovou. Vzhledem k zaměření disertační práce, která je věnována problematice pravidelné dialyzační léčbě, je v tomto kontextu rozsáhlá a svébytná problematika TPL uváděna jen v souvislosti s pravidelným dialyzačním léčením a alokací zdrojů, s nimiž je do určité míry propojena.

⁹³ V případě, že existuje dárce, který chce věnovat ledvinu jakémukoliv příjemci, je možné sestavit řetěz několika po sobě jdoucích transplantací ledvin dalších dárců a příjemců.

⁹⁴ ČR je od r. 2016 členem největší evropské organizace *Facilitating Exchange of Organs Donated in EU Member States* zaměřené na zprostředkování výměny orgánů mezi členskými zeměmi. Organizace v současnosti sdružuje nejen celou řadu evropských a dalších zemí, např. Izrael, a tím rozšiřuje příjemcům možnosti získání orgánů dárců ze zahraničí.

4 Medicínská a etická úskalí začátků dialyzačního léčení

Na historii dialyzačního léčení lze nahlížet různou optikou i z odlišných úhlů pohledu. Obecně ji lze rozdělit na tři chronologicky řazená období: léta 1945–1970 jsou považována za období přežití, léta 1970–1995 jsou obdobím zkoumání a roky od r. 1995 až dosud lze nazývat obdobím kvality (Sulková, 2006). Přestože se jednotlivé časové úseky ve skutečnosti překrývají, např. snaha o kvalitu života pacientů je patrná po celou dobu vývoje metody a výzkum probíhá stále, toto rozdělení dobře vystihuje stav dialyzačního léčení vyspělých zemí dané doby.

Nefroložka D. Sobotová (2009, s. 148–153) dějiny dialyzační léčby rozčlenila jiným způsobem, a to vzhledem ke své osobní zkušenosti s rozvojem dialyzační léčby na našem území. Začátky éry budování dialyzačních pracovišť u nás nazývá „šťastná léta“, protože je považuje za dobu nadšení pro věc, období pokroků v léčbě a budování dialyzačních pracovišť. Meziobdobí od roku 1980–1995 označila jako „léta krizová“, kdy prvotní nadšení opadlo, metoda se ukázala jako nesmírně nákladná, zhoršovaly se problémy s její dostupností a objevovaly se stále další komplikace, které provázely hlavně pravidelné dialyzační léčení. Období od r. 1995 nazvala „léta satisfakce“, kdy se díky celospolečenským změnám po roce 1989 začalo povolna dařit dialýzu znovu rozvíjet, budovat nová dialyzační střediska i rozšiřovat počet odborníků.

Pro účely této disertační práce je zvoleno rozčlenění historie dialyzačního léčení na několik chronologicky řazených období, a to s přihlédnutím k podstatě vzniku etických problémů ve spojitosti s obtížemi alokace stěžejních zdrojů.

4.1 První pokusy

Již v minulých stoletích hledali lékaři spolehlivou metodu, která by dokázala odvrátit smutný fakt nevyhnutelné smrti pacientů se selháním ledvin, ale dlouho marně. Princip dialýzy je totiž znám až od 2. poloviny 19. století.

Do let 1912–1913 spadá první pokus o výrobu přístroje, který by nahradil selhávající funkci ledvin. Tehdy profesor farmakologie J. J. Abel, se svými spolupracovníky L. G. Rowntreem a B. B. Turnerem, v laboratoři univerzitní nemocnice v Baltimoru při pokusech vybavili „umělou ledvinu“, jak svůj přístroj nazvali, kolodiovými⁹⁵ trubkami, které ponořili do roztoku 0, 9 % chloridu sodného, čímž při průtoku krve trubkami docházelo k dialýze katabolitů a kyseliny salicylové. Využití pro člověka však nebylo možné, protože pokusy na zvířatech vykazovaly nízkou filtrační účinnost a objevovaly se i reakce na tehdy nečištěný hirudin⁹⁶, jímž se tito objevitelé snažili omezit hemokoagulaci (Válek, Haškovcová a Válková, 1982; Sulková et al., 2000; Heidland, Klassen, Vienken, 2012).

Podobné pokusy prováděli i další vědci, např. C. L. Hess a H. Mc Guigan, kteří v r. 1914 zkoušeli hemodialýzu na psech bez použití hirudinu a zkoušeli omezit koagulaci krve rychlým krevním tokem (Erben, 2000). První hemodialýzu u člověka provedl už v roce 1924 G. Haas, německý lékař působící v univerzitní nemocnici v Giessenu. G. Haas pracoval nejprve několik let v Institutu fyziologie univerzitní nemocnice ve Štrasburku⁹⁷. V tomto období mj. experimentoval i s mimotělním krevním oběhem. Během I. světové války (1914–1918) sloužil v německé armádě jako lékař (v oblasti dnešního Rumunska) a viděl umírat vojáky na následky akutního ledvinného poškození. To jej po skončení války inspirovalo k propracování metody extrakorporálního čištění krve pomocí principu dialýzy. Poté, co G. Haas přijal místo v nemocnici v Giessenu v roce 1921, začal provádět experimenty s hemodialýzou, a to nejprve na zvířatech. Písemně komunikoval i s lékařem H. Nechelesem. H. Necheles se mj. zabýval ovlivněním krevní srážlivosti a vývojem hemodialyzátoru, který taktéž zkoušel na zvířatech. V počátcích svých pokusů oba vědci používali k zamezení koagulace krve již méně toxický, čištěný hirudin, ale během I. světové války došlo k výraznému zdražení tohoto antikoagulancia, tím pádem se i po válce stalo zcela nedostupným. G. Haas se pokoušel vyřešit tuto situaci použitím jiného materiálu (natrium citrát), ukázalo se však, že tento prostředek přináší značné komplikace, a nelze jej tak pro tyto účely použít. V roce 1927 tento problém definitivně vyřešil nově objevený a cenově dostupný heparin⁹⁸ (Cameron, 2016).

⁹⁵ Kolodium (nitrát celulózy rozpuštěný v éteru a alkoholu), sloužilo mj. jako tekutý obvaz. Po rozetření a zaschnutí vytvoří celulózový film, jehož polopropustnosti vědci využili pro výrobu prvních umělých dialyzačních membrán (Erben, 2000).

⁹⁶ Hirudin – protisrážlivá látka získávaná z pijavky lékařské (*Hirudo officinalis*) objevená J. B. Haycraftem r. 1884.

⁹⁷ Něm. *Strassburg*, v uvedené době patřilo město k německému území (v současnosti fr. *Strasbourg* ve Francii). Ve zmíněném Institutu fyziologie působil určitý čas i J. J. Abel a H. Necheles, tudíž G. Haas znal jejich práci.

⁹⁸ Heparin je jaterní antikoagulační fosfolipid prvně popsany medikem J. MacLeanem v r. 1916.

Po několika letech pokusů hledání permeabilní dialyzační membrány vhodné pro použití u člověka se v roce 1924 G. Haas pokusil zachránit svého prvního pacienta s klinickými příznaky selhání ledvin. Použil k tomu svépomocí sestavený trubicový dialyzátor, vybavený polopropustnou kolodiovou membránou a krevní pumpou, poháněnou elektromotorkem. Provedl u něj opakované hemodialýzy, které trvaly jen několik minut (Válek, Haškovcová a Válková, 1982; Kováč, 1993; Erben, 2000). Jeho pacient zemřel po krátkém období ústupu obtíží. Důvodem úmrtí byl s největší pravděpodobností závažný stav pacienta a krátké trvání výkonů (Vienken, 2012; Tesař, Viklický, 2015). Následovalo deset podobných experimentů, a to až do roku 1928, kdy další experimenty s hemodialýzou G. Haase ukončil skeptický postoj ostatních lékařů k léčbě, daný jejími nepříliš přesvědčivými výsledky. Později zasáhly i události předcházející II. světové válce (1939–1945) (Vienken, 2012; Pacner, 2017).

4.1.1 Úspěšná hemodialýza u člověka

Dalším, kdo se rozhodl řešit smutnou situaci pacientů umírajících na následky selhání ledvin, byl nizozemský lékař W. J. Kolff. V roce 1943 dokázal se svými spolupracovníky sestavit první umělou ledvinu, kterou již bylo možné použít u člověka s větším úspěchem (Kolff, 1944; Válek, 1967; Thorwald, 1983; Schott, 1994; Wats, 2009; Haškovcová, 2015). Jeho přístroj pracoval opět na trubicovém principu. Odebraná krev protékala trubicemi umístěnými na bubnu, který se otáčel ve vaně a zároveň se smáčel v dialyzačním roztoku. Horizontálním otáčením bubnu se zajistilo krevní proudění (Lopot, 2012).

Bez zajímavosti a etických souvislostí není ani celý kontext konstrukce přístroje. W. J. Kolff začal přístroj konstruovat v nizozemské univerzitní nemocnici v Groningenu, ale i do jeho záměrů zasáhly události II. světové války. Přes německou okupaci, která podobným pokusům nepřála a jeho okupanty vynucený odchod do tehdy malé městské nemocnice v Kampenu se mu podařilo, za pomoci H. Berka (ředitele továrny na smalt, který tím cíleně omezil výrobu hrnců a pánví pro německé okupanty), přístroj znovu sestavit. Prvně jej použil u 29leté pacientky, avšak neúspěšně. Následovalo 15 dalších pokusů, které dopadly obdobně, někteří nemocní se sice dokázali probít na krátký čas z kómatu, ale zanedlouho umírali (Thorwald, 1983; Erben, 2000; Pacner, 2017). Kolffova obrovská osobní angažovanost, dalo by se říci až tvrdohlavost a ochota riskovat (a to i život svůj a všech zúčastněných) při překonávání překážek, vedla přece jen nakonec k úspěchu.

Obcházení zákonů, využití nemalých částek z vlastních financí, ale i použití nových netradičních materiálů, typu celofánových střívek na párky, vany z pračky, anebo součástí do automobilu, dokladují jeho neutuchající touhu zachránit pacienty trpící následky selhání ledvin (Thorwald, 1983; Honzák, 2009; Pacner, 2017). Nakonec se v roce 1945 další pokus konečně podařil, a to u pacientky⁹⁹ s kombinovaným akutním selháním ledvin a jater. Tím, že tato pacientka, u níž se funkce ledvin po provedení hemodialýzy obnovila, žila ještě dalších šest let v poměrně dobrém zdravotním stavu, W. J. Kolff dokázal, že nemocné s akutním poškozením ledvin lze hemodialýzou zachránit (Thorwald, 1983; Erben, 2000; Tesař, Viklický et al., 2015; Lachmanová, 2016).

4.1.2 Proces zavádění hemodialýzy do klinické praxe

Vzápětí po úspěšném pokusu W. J. Kolffa použil v roce 1946 lékař N. Alwall, působící ve švédské univerzitní nemocnici v Lundu, hemodialyzační přístroj vlastní konstrukce k úspěšné léčbě pacienta s akutním selháním ledvin¹⁰⁰ (Válek, 1967; Erben, 2000; Tesař, Viklický, 2015). N. Alwall měl poměrně dobré postavení v univerzitní nemocnici, tudíž podporu a prostředky si dokázal zajistit, ale i on byl nucen díky válečnému nedostatku využívat různé levné a dostupné (i když netradiční) materiály k sestrojování svých přístrojů (např. k sestavení dialyzátoru, na kterém prováděl své první pokusy na králících, použil části amerického leteckého bombardéru, který přistál ve Švédsku poškozený po bombardování při přeletu Německa) (Kjellstrand, Birger a Odar-Cederlöf, 2012). Jak uvedl nefrolog J. Navrátil (1987), N. Alwallovi se podařilo, na rozdíl od W. J. Kolffa, vyřešit i problém ultrafiltrace a dokázal svou umělou ledvinou odstraňovat z krve pacientů nejen katabolity, ale i zadržovanou vodu

V roce 1946 mohla ohlásit prvenství v použití hemodialýzy u člověka i Kanada, kde se o rozvoj metody zasloužil chirurg G. Murray. V univerzitní nemocnici v Torontu se dlouhodobě zabýval řešením kardiovaskulárních problémů (srdečními vadami) i využitím nově objeveného heparinu. V roce 1940 byl svědkem několika úmrtí pacientů na následky selhání ledvin a uvědomil si, že by bylo možné je zachránit pomocí přístroje – umělé ledviny. Protože znal experimenty vědců z Baltimoru s hemodialýzou na zvířatech, začal se svým týmem podobný přístroj konstruovat v roce 1945. O podobných aktivitách W. J. Kolffa a N. Alwalla v té době nevěděl.

⁹⁹ Holandská kolaborantka a vězenkyně Sofia Schafstadt, která byla odsouzena k trestu doživotního vězení. W. Kolff jí vymohl po úspěšném zákroku svobodu (Thorwald, 1983).

¹⁰⁰ Pacient zemřel na následky silikózy doprovázené pneumonií za 24 hodin po úspěšně provedené hemodialýze.

Po trnité cestě hledání vhodných materiálů zkoušel se svým dialyzátorem hemodialýzu na psech a po mnoha úpravách přístroje bylo nakonec možné přikročit k prvnímu užití na pacientovi. Stala se jím koncem roku 1946 mladá žena s akutním poškozením ledvin (následek svévolně vyvolaného potratu), která náročnou léčbu přežila. G. Murray, již před tímto činem proslulý jako vynikající kardiochirurg, znovu získal ovace za záchranu „mrtvé dívky“, jak uváděl tehdejší denní tisk. Tím, že G. Murray konstruoval svůj přístroj nezávisle na W. J. Kolffovi a na N. Alwallovi, jejich dialyzátory i postupy hemodialýzy se lišily (např. cévní vstupy) (Lindsay, 2012).

W. J. Kolff se mezitím marně pokoušel prosadit léčbu umělou ledvinou do klinické praxe v poválečném Nizozemsku. Ani přes jasný důkaz o možnosti přežití pacientů s akutním poškozením ledvin se mu však nepodařilo přesvědčit ostatní nizozemské lékaře o užitečnosti této metody, a nezískal tak oficiální souhlas se zahájením léčby (Thorwald, 1983; Friedman, 2012).

Po skončení II. světové války nebyla celková situace nijak nakloněná k přijetí „podezřelé“ léčebné metody pro pacienty. Přidružily se četné pochybnosti odborníků o nové metodě, a to i přes prokázání její úspěšnosti. Vzhledem k faktu veřejného odhalení brutálních válečných zločinů nacistických lékařů a jejich zruďných „pokusů“, které probíhaly před i během II. světové války, je nutné vzít v úvahu, že se zkoušení hemodialýzy na pacientech dělo ve vysoce citlivém období, poznamenaném těmito traumatizujícími událostmi. Je nasnadě, že mnohé obavy z lékařských pokusů, byly právě etické povahy a pocházely ze strachu z dalších neopodstatněných a trýzeň způsobujících experimentů¹⁰¹.

Jako příklad může sloužit opět Nizozemsko, kde se bránili lékaři zavedení metody v čele s profesorem J. Borstem, jinak uznávaným specialistou na onemocnění ledvin. Ten ale u selhání ledvin propagoval jistotu konzervativní léčby před nepředvídatelnými následky použití nového přístroje. Tamní lékaři dokonce nazvali Kolffův vynález „ohavností“. Sám J. Borst objevil účinnější lék ovlivňující urémii a prosazoval i dietní léčbu (nazývanou Borstova dieta). Významnou roli v odmítání nové metody pravděpodobně sehrál i fakt, že sám J. Borst prožil internaci v koncentračním táboře a je možné, že jeho rozhodnutí nepřijmout hemodialýzu mezi léčebné možnosti, které ovlivnilo celé Nizozemsko na dalších téměř dvacet let, pramenilo právě z této životní zkušenosti a obav z eticky nepřijatelných pokusů (Pacner, 2017).

¹⁰¹ Reakcí na pokusy nacistů za války bylo poválečné definování nových pravidel pro provádění pokusů, všeobecně známý tzv. Norimberský kodex.

W. J. Kolff, stále přesvědčený o své pravdě, nejenže informoval o možnostech nové terapie odbornou veřejnost pomocí svých publikací, ale tím, že se o nový přístroj začali zajímat i lékaři z USA a pozvali jej, aby přednášel na odborné konferenci v Atlantic City (v r. 1947), proniklo povědomí o nové metodě i do USA (Thorwald, 1983). W. J. Kolff také daroval své umělé ledviny do některých univerzitních nemocnic¹⁰² v různých zemích. Jedna z nich putovala i do americké nemocnice *Mount Sinai Hospital* v New Yorku. V roce 1948 pak tento přístroj umožnil provedení první hemodialýzy na území USA, a to u mladé ženy, které, podobně jako předtím v kanadském případě, akutně selhaly ledviny po svévolně vyvolaném potratu (Friedman, 2012).

Na pozvání hlavního lékaře G. W. Thorna přicestoval W. J. Kolff do nemocnice *Peter Bent Brigham* v Bostonu¹⁰³. G. W. Thorna totiž zaujal Kolffův vynález, který měl možnost vidět, když navštívil *Mount Sinai Hospital*. Vzápětí pověřil na svém pracovišti výzkumem hemodialýzy mladého chirurga J. P. Merilla. Brighamský tým však neměl k dispozici žádnou umělou ledvinu, a proto W. J. Kolff při své návštěvě pomohl konstruktérům alespoň díky několika náčrtkům zrealizovat sestavení umělé ledviny (modifikace Kolff-Brigham) (Epstein, 2009).

W. J. Kolff začátkem 50. let 20. století odešel do USA nastálo. Začal působit na klinice v Clevelandu¹⁰⁴, na pozvání I. Page, ředitele oddělení výzkumu. Zde dostal možnost dále rozvíjet a vylepšovat svůj přístroj a zároveň se stále snažil o další rozšiřování hemodialýzy na území USA (Thorwald, 1983; Erben, 2000).

Podobně jako W. J. Kolff v Nizozemsku i N. Alwall v poválečném Švédsku bojoval proti kritice a strachu z umělé ledviny. V tomto kontextu je nutné upozornit na značný vliv médií, která dokáží ovlivňovat názory společnosti, a to jak odborníků, tak laiků.

V tehdejším nejen denním, ale i odborném tisku, byl dokonce používán pejorativní pojem: „být *Alvallizován*“ ve smyslu „být zabit hemodialýzou“ a v podobném duchu se v odborných medicínských časopisech psalo o „vražedné léčbě“.

¹⁰² Další putovaly do Montrealu (Kanada), Londýna (Velká Británie) a Krakova (Polsko).

¹⁰³ Původní nemocnice *Peter Bent Brigham*, založená v roce 1913 s podporou mecenáše P. B. Brighama, je dnes spojena s dalšími dvěma původními nemocnicemi pod jednu instituci s názvem *Brigham and Women's Hospital*, která je univerzitní nemocnicí Harvardské univerzity. *Brigham and Women's Hospital* [online] [citace: 2017-09-20] [citace: 2016-9-01]. Dostupné z: <https://www.brighamandwomens.org/>

¹⁰⁴ *Cleveland Clinic Foundation* (Ohio, USA)

Stejně skepticky jako švédská odborná veřejnost se k novému postupu stavěla i řada zahraničních odborníků (např. z Velké Británie). Na druhou stranu se právě z denního tisku řada nemocných dozvěděla, že pro ně možná existuje alespoň minimální možnost záchrany, a proto se sjížděli (nebo byli přiváženi, později dokonce letecky) za N. Alwallem do Lundu. N. Alwall přes četnou kritiku neochvějně pokračoval, pacienty stále přijímal a během dvou let jich zvládl léčit přes pět desítek. Novou metodu N. Alwalla (odobně jako v případě W. J. Kolffa) začali uznávat odborníci v zahraničí dříve než na domácí půdě ve Švédsku. N. Alwall však měl ve své zemi silnější pozici než W. J. Kolff v Nizozemsku, a tak mohl pokračovat v Lundu ve svém záměru. Začal své pacienty s akutním poškozením ledvin léčit pomocí umělé ledviny na první dialyzační „jednotce“ na světě, kterou pro tyto účely vybudoval v roce 1947. Následovalo otevření první kliniky zaměřené na léčbu renálních onemocnění. Podle vzoru lundské dialyzační jednotky začala později vznikat další podobná pracoviště. V roce 1948 byl N. Alwall pozván do Londýna, aby tam provedl první hemodialýzu a další úspěchy již na sebe nenechaly dlouho čekat. Po jeho vzoru tak nakonec začaly přece jen další evropské státy zavádět novou metodu (Kjellstrand, Birger a Odar-Cederlöf, 2012).

Tak, jako jsou W. J. Kolff nebo N. Alwall považováni za „otce“ hemodialýzy, stejné přívěsko získal v Kanadě G. Murray a na území USA J. P. Merrill (Epstein, 2009; Tesař, Viklický, 2015). Přestože J. P. Merrill nebyl první, kdo hemodialýzu v USA použil, stal se jejím velkým propagátorem, a i jeho zásluhou se časem metoda rozšířila (Friedman, 2012).

Zpočátku však byla problémem stále vysoká úmrtnost hemodialyzovaných pacientů, umírala jich více než polovina. Právě z tohoto důvodu byla tehdy umělá ledvina označována jako „smrtící stroj“. Na tomto problému se částečně podílela nedokonalost přístrojů, zároveň i neexistence vhodného cévního vstupu k opakovanému napojování na extrakorporální oběh. Díky tomu bylo možné výkony opakovat jen několikrát, takže umírali ti, u kterých se rychle nepodařilo obnovit funkci vlastních ledvin. (Tesař, Viklický, 2015). Hemodialýzu proto stále doprovázel skeptický postoj mnoha lékařů, kteří ji považovali za eticky problematickou nebezpečnou experimentální metodu, a to nejen ve výše uváděném Nizozemsku, ale i v celé Evropě a v USA. U mnohých odborníků odmítavý názor přetrvával až do konce 50. let 20. století (Epstein, 2009).

V roce 1950 vypukla tzv. Korejská válka (1950–1953), v níž se opakovala situace z obou předcházejících světových válek, a to v podobě mnoha případů těžce zraněných vojáků, kteří trpěli akutním poškozením ledvin (Navrátil, 1987; Válek, Schück, 1989).

Přes všechny výše uváděné potíže a obavy z hemodialýzy se v roce 1952 američtí lékaři rozhodli (v čele s P. E. Teschanem) u těchto vojáků použít umělou ledvinu (typ Kolff-Brigham). Začali dokonce provádět i preventivní hemodialýzy, při nichž u indikovaných stavů prováděli hemodialýzu předtím, než příliš stoupla hladina urey v krvi. Vzápětí se ukázalo, že úmrtnost vojáků s akutním poškozením ledvin skutečně klesla (na 50 %) oproti počtu úmrtí na stejné komplikace za druhé II. světové války. Navíc lékaři zjistili, že se tímto způsobem pacientům hojí lépe i rány (Teschan, 2012). Tím se definitivně potvrdila účinnost hemodialýzy u větší skupiny pacientů (Navrátil, 1987; Válek, Schück, 1989). Na podkladě úspěchů s použitím hemodialýzy v Koreji byla v USA v polovině 50. let 20. století hemodialýza u pacientů s akutním poškozením ledvin uznána jako klinická léčebná metoda a začala se používat umělá ledvina typu Kolff-Brigham i u civilního obyvatelstva (Epstein, 2009). V rozvinutých zemích Evropy se (díky snahám N. Alwalla) začal postupně využívat v některých velkých městech (Víděň, Curych, Hamburk) Alwallův typ umělé ledviny.

Éra přístrojového řešení akutního poškození ledvin tak byla téměř po dvou desetiletích od prvního úspěšného užití u člověka zahájena a hemodialýza byla postupně, i když stále ne bez potíží, zaváděna do běžné praxe.

4.2 Začátky hemodialýzy v Československu

Naše země ve srovnání s vývojem řešení ledvinného selhání v západní Evropě či USA nijak nepokulhávala. Již ve 30. a 40. letech 20. století se někteří lékaři zabývali onemocněním ledvin a následky jejich selhávání. Základy pro budoucí dialyzační léčbu položili lékaři z I. i II. interní kliniky Fakultní nemocnice I (dále FN) Univerzity Karlovy (dále UK) (dnes Všeobecná fakultní nemocnice, dále VFN) v Praze a nasměrovali tak další odborný vývoj budoucího oboru nefrologie. Na I. interní klinice FN I na přelomu 20. a 30. let 20. století se za vedení přednosty kliniky L. Syllaby cíleně zabýval onemocněním ledvin internista J. Scheiner. O něco později, v meziválečném období, ale i po druhé světové válce, na něj navázal celosvětově uznávaný internista J. Brod považovaný dnes za zakladatele československé nefrologie. Hlavním celoživotním zájmem J. Broda se stala právě problematika onemocnění ledvin. Své znalosti a bohaté zkušenosti z působení v zahraničí (ve Vídni, v Londýně, v New Yorku), přenesl na půdu I. interní kliniky FN I (Lachmanová, Tesař, 2009).

V roce 1949 publikoval celosvětově uznávanou knihu o klinické patofyziologii ledvin, která vyšla přeložena v mnoha jazycích (Brod, 1949). Přestože později z I. interní kliniky

FN I (r. 1951) přešel do Ústavu pro choroby oběhu krevního¹⁰⁵ (dále ÚCHOK), který od r. 1961 vedl, nemocem ledvin se věnoval i nadále. Během tohoto období hojně publikoval i přednášel, a to často v zahraničí. Stal se zakládajícím členem mezinárodní organizace *International Society of Nephrology* (dále ISN) a prezidentem II. kongresu ISN, který se konal v Praze v roce 1963, což je dokladem tehdejší vysoké odborné úrovně naší země (Matoušovic, Jirka, 2009a).

Po odchodu J. Broda do emigrace převzal ve stejném roce jeho štafetu na klinice tehdy začínající O. Schück, jenž se též stal záhy vynikajícím nefrologem (Hradcová, 2009; Matoušovic, Svačina, 2016).

Lékaři II. interní kliniky FN I se již od doby vedení kliniky proslulým internistou J. Thomayerem (v letech 1902–1921) cíleně zaměřovali na vybrané skupiny chorob. Pod vedením jeho následovníka J. Pelnáře (v letech 1921–1942) tato praxe vyústila v založení pracovních skupin již specificky zaměřených na jednotlivé oblasti interního lékařství a tvořily se „zárodky“ budoucích samostatných oborů, např. gastroenterologie, kardiologie, hematologie nebo právě nefrologie, tehdy ještě nazývané „ledvinové lékařství“¹⁰⁶. Zájem II. interní kliniky FN I o uvedenou problematiku dokladuje uspořádání odborného semináře následovaného první českou knihou věnovanou onemocnění ledvin. Pod názvem *Nemoc Brightova* ji vydal kolektiv autorů v r. 1932 pod vedením dalšího vynikajícího lékaře, B. Prusíka (Prusík, Pelnář, 1932; Tesař, Viklický, 2015).

Vedení II. interní kliniky FN I převzal v roce 1942 A. Vančura, který se intenzivně zabýval hypertenzí a onemocněními ledvin. Pověřil odborného asistenta kliniky lékaře M. Chytila organizací seminářů zaměřených na tuto problematiku. Seminářů se účastnili lékaři z celé FN I, jako např. výše uvedení J. Brod a O. Schück z I. interní kliniky, V. Pacovský z III. interní kliniky, nebo L. Hradcová z IV. dětské kliniky, ale i internisté z jiných pražských nemocnic (Hradcová, 2009). S jistotou lze konstatovat, že tato fakultní skupina se svou celoživotní odbornou prací zasloužila velkou měrou o rozvoj nefrologie, a to i ve světovém měřítku.

Vzhledem k prvním úspěchům hemodialyzační léčby ve světě začali někteří lékaři u nás v 50. letech 20. století také uvažovat o možnosti zavedení této terapie. Jeden z prvních pokusů se odehrál na slovenském území.

¹⁰⁵ Ústav pro choroby oběhu krevního byl vybudován pod gescí Státních odborných, léčebných a ošetrovacích ústavů v Praze Krči (původně tzv. Masarykovy domovy, od r. 1953 přejmenovány na Thomayerovu nemocnici).

¹⁰⁶ Uvedeno na webových stránkách kliniky [citace: 2017-02-18]. Dostupné z: <https://int2.lf1.cuni.cz/historie-kliniky>

Podle údajů R. Dzúrika, V. Spustové a M. Šašinky (2009) se o provedení hemodialýzy pokoušeli lékaři A. Winkler a Š. Hupka na I. interní klinice Lékařské fakulty Univerzity Komenského v Bratislavě již v roce 1950.

A. Kováč (1993) shodně s R. Dzúrikem a jeho kolegy (2009) uvádí, že lékaři si přístroj pro dialyzování sestrojili vlastními silami. Pacient v terminální fázi ledvinného selhání výkon hemodialýzy přežil, a vykazoval dokonce známky zlepšení. Vzhledem k vysoké technické náročnosti tímto způsobem provedené hemodialýzy ji však nešlo opakovat a pacient vzápětí zemřel. Tímto pokusem snahy slovenských lékařů o zavedení hemodialýzy dočasně ustaly.

Podobně jako slovenští kolegové se začal na začátku 50. let zajímat o umělou ledvinu i A. Vančura. Opakovaně diskutoval o léčbě s kolegy, ale ti ji zavrhovali. O něco později jej oslovil tehdy ještě medik S. Daum s nápadem na konstrukci vlastní umělé ledviny. A. Vančura myšlenku okamžitě začal podporovat a během dvou let se skutečně nápad podařilo zrealizovat. Podle J. Lachmanové, která uvádí, že jí S. Daum věnoval zápisky z oné doby, měl celý proces provedení první akutní hemodialýzy několik fází. Po dlouhých teoretických přípravách nejprve S. Daum oslovil dopisem vynálezce umělé ledviny W. J. Kolffa, N. Alwalla a J. Merilla. Po následné čilé korespondenci mezi zúčastněnými přišla na podzim 1954 zpráva od N. Alwalla, že švédská firma Avesta má jeden přístroj k dispozici za cca 40 tisíc devizových korun. K získání potřebné částky a dovezení přístroje bylo zapotřebí zainteresovat ke spolupráci nadřízené instituce, což nebylo nijak jednoduché. S. Daum musel přesvědčit k souhlasu tehdejšího ministra zahraničního obchodu F. Hamouze. Podařilo se mu to nakonec za použití pádného politického argumentu, a to že zavedením léčby umělou ledvinou by Československo získalo prvenství ze všech socialistických zemí a posloužilo by to jako reklama na naše pokrokové socialistické zdravotnictví (Lachmanová, 2009).

To, že ministr zahraničí nebyl zdaleka jediným, koho bylo nutné oslovit, dokladoval např. A. Válek (1967) v doslovu své knihy věnované akutnímu selhání ledvin, kde mj. děkuje za zakoupení první umělé ledviny pokrokové lékařce A. Ostrovské, tehdejší ředitelce Krajského ústavu národního zdraví Krajského národního výboru Středočeský kraj, která i nadále dialýzu podporovala a zmiňuje i pochopení soudruha Kubáta, zástupce ředitele nemocnice.

S posvěcením nadřízených institucí bylo nutné v další fázi zaangažovat tehdejší Podnik zahraničního obchodu KOVO¹⁰⁷, který měl v kompetenci dovozy techniky (mj. i zdravotnické) ze zahraničí. Po dlouhém vyjednávání s vedením nemocnice byla začátkem roku 1955 umělá ledvina nainstalována místo dietní kuchyně v přízemí II. interní kliniky FN I. Velké prostory byly vybrány kvůli nádobě na dialyzační roztok¹⁰⁸ a dalším nutným úpravám, např. dialyzačního lůžka. Téměř rok trvaly další přípravy, než bylo možné ledvinu prvně vyzkoušet (Lachmanová 2009; 2016).

K provedení prvního výkonu hemodialýzy určil A. Vančura lékaře z výše uvedené fakultní skupiny FN I v čele s M. Chytilém. Jmenovitě se jednalo o tým zahrnující vedoucího týmu K. Cholínského, mediky S. Dauma a A. Hornycha, lékařku V. Fialovou Přecechtělovou a vrchní sestru M. Mrowczikovou. (Erben 2000; Lachmanová 2009).

Cévní přístup zajistili dva chirurgové. Tři měsíce pak tým s připraveným přístrojem čekal na „svého“ pacienta s akutním poškozením ledvin (Lachmanová 2009). Dočkal se 10. 12. 1955 u mladé ženy s intoxikací sublimáty a následným akutním poškozením ledvin. První pacientka léčbu přežila¹⁰⁹, což byl obrovský úspěch. Dialýzu pak podstoupila celkem třikrát (Erben, 2000).

II. interní klinika FN I v Praze se tak stala prvním a jediným pracovištěm poskytujícím hemodialýzu v Československu pacientům s akutním poškozením ledvin. Prvenství v hemodialyzační léčbě získalo Československo i mezi zeměmi tzv. sovětského bloku¹¹⁰, a dokonce se stalo pátým pracovištěm v Evropě (po výše uvedených městech Lundu, Curychu, Vídně a Hamburku) (Erben, 2000).

M. Chytil a S. Daum se snažili, aby zkušenosti s novou metodou pronikly nejen mezi odborníky, ale aby se informace dostaly i k laické veřejnosti. Z těchto důvodů objížděli naši republiku a nejen, že seznamovali s metodou lékaře, ale psali i příspěvky do denního tisku. Jak uvádí nefroložka J. Lachmanová (2009), ti, kteří první dialýzu provedli, jevíli časem známky zklamání z pocitů nedostatečného ohodnocení svých snah ze strany státu. Přestože byli zváni do Švédska a Rakouska, podobné kontakty nebyly ze strany odpovědných činitelů podpořeny a ani po finanční stránce se žádná odměna nekonala.

¹⁰⁷ Vyhláška č. 357/1953, o přeměně společnosti KOVO, akciové společnosti pro dovoz a vývoz výrobků přesného strojírenství, na podnik pro zahraniční obchod. In: *Sbírka zákonů* [online] [citace: 2017-05-04]. Dostupné z: <https://www.epravo.cz/vyhledavani-aspi/?Id=27483&Section=1&IdPara=1&ParaC=2>

¹⁰⁸ 700 l ocelová nádrž postavená na galerii vybudované nad lůžkem pacienta

¹⁰⁹ Ještě v r. 2005 se zúčastnila tiskové konference VFN, uspořádané k 50. letému výročí umělé ledviny v ČR.

¹¹⁰ Tehdejší politické uspořádání Evropy, v němž státy ve střední a jihovýchodní Evropě podléhaly vlivu a kontrole SSSR (tzv. Východní Evropa nebo Sovětský blok), zatímco státy západní Evropy se nazývaly Západ, nebo Západní Evropa.

Přes pocity určitého nedocení zúčastnění nezanevřeli na další rozvoj oboru. Např. M. Chytil spolu s dalšími v roce 1958 založil a prosadil samostatnou „Nephrologickou komisi“ spadající pod Československou Internistickou sekci Československé lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (dále ČLS JEP), jejímž tehdejším místopředsedou byl výše zmíněný J. Pelnář. Předsedou sekce členové zvolili J. Broda, čímž byly položeny základy samostatného oboru nefrologie, a to včetně jeho názvu (Hradcová, 2009; Rychlík, 2009b).

Po instalaci Alwalova typu dialyzátoru (Moellerova modifikace) na I. interní klinice ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové, o jehož získání se zasloužil tehdejší přednosta chirurgické kliniky J. Bedrna (jednalo se o dar Spolkové republiky Německo), se v roce 1957 pokoušeli provést hemodialýzu i tamní lékaři. První dvě hemodialýzy u pacientů v terminální fázi selhání ledvin skončily neúspěšně a teprve po dalším roce příprav a experimentů na zvířatech začali lékaři přístroj úspěšněji¹¹¹ využívat pro pacienty s akutním poškozením ledvin (Erben, 2000, 2005).

Součástí náročného procesu přípravy k hemodialýze se postupně staly také zdravotní sestry, již přímo na klinice školené jako specialistky. Vedoucím hradeckého pracoviště byla jmenována další významná osobnost budoucího oboru nefrologie, J. Erben. Ten se stal nadšeným propagátorem nové metody po svém pobytu u W. J. Kollfa v USA, kde se také zapojil do amerických výzkumných projektů (Erben, Fixa, Moučka, 2009).

V roce 1961 lékaři zavedli pokrokovou pravidelnou dialyzační službu, která byla k dispozici denně po dobu celých 24 hodin (Erben, 2005). Součástí, a jistě i nákladnou záležitostí této služby, byl i transport pacientů z dohodnutých spádových oblastí, které byly geograficky špatně dostupné. Zajímavostí je, že se v těchto případech využívalo, a to poměrně často, letadlo (Erben, Fixa a Moučka, 2009). J. Erben (2000) v jedné ze svých vzpomínek uvedl, že letecky byli sváženi i pacienti z dalších sousedících socialistických států, kde prozatím hemodialýza nebyla k dispozici.

Za pomoci hemodialýzy se v Hradci Králové dokonce pokusili o první příbuzenskou transplantaci ledvin již v roce 1961, kterou (vzhledem k tehdejšímu znalostem o problematice přenosu tkání) lze považovat za úspěch. Přestože pacientka po několika dnech zemřela, samotná operace byla provedena dobře a štěp několik dní fungoval (Navrátil, 2005).

¹¹¹ J. Erben uvedl, že v letech 1958–1959 prováděli hemodialýzu u 15 nemocných a akutním selháním ledvin s 50 % úmrtností.

4.2.1 Získávání dalších zkušeností se „smrtícím strojem“

Koncem 50. let 20. století vystřídal S. Dauma i M. Chytila, kteří odešli z II. interní kliniky FN I, pokrokový nefrolog A. Válek. Soustředil kolem sebe během let svého působení vynikající lékaře, kteří se zasloužili o řadu úspěšných objevů (Lachmanová 2009).

Během několika let uvedená skupina odborníků (pod vedením A. Válka) nasbírala cenné zkušenosti s léčbou pacientů pomocí hemodialýzy. A. Válek (1967) je shrnul v roce 1967 v první československé monografii o náhlém selhání ledvin. Porovnal mj. v této knize průměrnou světovou úmrtnost pacientů s náhlým selháním ledvin (48 %) s odlišnou úmrtností v různých zemích (Švédsko, N. Alwall např. „jen“ 32 %). U pacientů z Válkovy skupiny byla úmrtnost 43 %. Z dnešního hlediska jsou zajímavé i důvody akutního poškození ledvin, které A. Válek v knize popisuje a které se v mnohém lišily od těch současných. Svědectvím doby byla jednak poměrně častá náhlá selhání ledvin z důvodu úrazů v dolech, otrav nebo iatrogenních poškození po podání inkompatibilní krve. Významný počet pacientek v prvních letech dialyzování podstoupil léčbu kvůli následkům tzv. kriminálních potratů. Častou příčinou akutního poškození ledvin u těchto pacientek bylo vstříknutí mýdlové vody do dělohy samotnou pacientkou, které vyvolalo septické komplikace. U posledně jmenovaných případů byla i přes včasné dialyzování úmrtnost vysoká. A. Válek se z těchto důvodů zamýšlel i nad etickým problémem nechtěného těhotenství a jeho následků. Jeho úvahy vedly tím směrem, že pokud se dospělá, sociálně zralá žena, neváhá vystavit trestnímu postihu a riskuje život provedením kriminálního potratu, je nechtěné těhotenství značným životním problémem, který je nutno řešit na celospolečenské úrovni. Úmrtí tolika žen totiž neznamená jen ztrátu pro jejich rodiny, hlavně děti, ale následky postihují celou společnost, a to i ekonomicky. Jen samotná terapie hemodialýzou jedné takovéto pacientky tehdy stála cca 20 000–30 000 Korun československých¹¹² (dále Kčs) a další náklady následovaly. Společnost takto přicházela o člověka v produktivním věku, stejně tak, jako musela nést náklady na osiřelé děti. A. Válek dále argumentoval, že není rozumné chtít po ženách donosit nechtěné dítě a považuje za vhodné preventivní opatření již tehdy platný zákon o přerušování těhotenství¹¹³.

¹¹² Koruna československá – měna, která platila v Československu od r. 1918 do r. 1993. Pro představu: průměrná roční mzda v roce 1959 byla 9 000 Kčs, chléb stál 2,60 Kčs, mléko 1,80 Kčs, máslo 38 Kčs, pánské boty 176 Kč, 1 kg zadního hovězího 24 Kčs, elektřina (kWh) 0,80 Kčs, benzin Normal 1 l 4 Kč, automobil Škoda 440 De Luxe 28 500 Kč. Ministerstvo zahraničních věcí ČR [online] [citace: 2018-05-03]. Dostupné z: https://www.mzv.cz/file/747713/Platidla_od_vzniku_Ceskoslovenska_co_za_kolik.pdf

¹¹³ Zákon č. 68/1957 Sb., o umělém přerušování těhotenství. In: *Sbírka zákonů* [online] [citace: 2017-06-01]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1957-68>

Po několika letech se ukázalo, že počet tímto způsobem prováděných potratů skutečně klesl. Podle údajů A. Válka v letech 1955–1966 byla II. Interní klinika FN I v Praze schopna dialyzovat maximálně dva pacienty současně. Přesto zde během následujících deseti let zvládli léčit téměř 700 pacientů s akutním poškozením ledvin, a to ponejvíce ve věku od 15 do 55 let.

Přes vysokou úmrtnost odborníci neustávali v dalším rozvoji metody, protože přeživší pacienti, které hemodialýza zachránila před smrtí, měli v případě obnovení funkce ledvin dobrou prognózu a šanci na další léta života. Lékaři věřili, že se zvyšováním kvality hemodialýzy a se získáním dalších zkušeností s léčbou počet úmrtí klesne. Metoda si tak přes veškeré problémy pozvolna získávala své místo v klinické praxi i u nás.

Pražský a hradecký hemodialyzační přístroj umožnil úspěšně zahájit léčbu akutního poškození ledvin u nás. Množství pacientů, kteří potřebovali léčbu, však daleko převyšovalo tehdejší možnosti a vzrostla naléhavá potřeba získat nové přístroje, školit odborníky, a otevřít tak další hemodialyzační pracoviště.

Zatímco v rozvinutých zemích ve světě postupně narůstal počet hemodialyzačních pracovišť, u nás se překážkou pro navyšování kapacity stal problém s nedostatkem dalších umělých ledvin, způsobený v první řadě ekonomickými důvody.

Původně nedílné součásti přístrojů, dialyzátory, se časem staly výměnnými. Výrobu prvních výměnných cívkových dialyzátorů zahájila zároveň s výrobou přístrojů americká firma Travenol¹¹⁴ v r. 1956. Několik těchto přístrojů bylo během 60. let 20. století pořízeno i do Československa. V r. 1960 byl jeden z nich zakoupen do Vojenské nemocnice v Košicích (Lopot 2009a, 2012). V roce 1962 tak následovala historicky první úspěšná hemodialýza na slovenském území (Kováč, 1993). Nákup většího množství přístrojů a dialyzátorů ze Západní Evropy však neumožňoval omezený rozpočet tehdejších zdravotnických zařízení. Tuto skutečnost potvrdil i A. Válek (1967), který napsal, že nákup nebylo možné realizovat kvůli vysoké ceně dialyzátorů.

Protože rozšiřování dialyzačních kapacit bylo pomalé byli členové ošetrovatelského týmu nuceni používat jednorázové dialyzátory v přístrojích Travenol opakovaně. Přes veškeré snahy o jejich očistu a dezinfekci se ukázalo, že takové používání je značně rizikové nejen z hlediska přenosu infekčních chorob, ale i snížené účinnosti (Lopot, 2012).

¹¹⁴ Firma Travenol byla založena v USA za přispění W. J. Kolffa.

Do řešení situace chybějících dialyzátorů se pustil J. Erben (2000) na hradeckém pracovišti. Upravil původní Kolffův přístroj a navrhnul spolu s kolegou J. Grohem celokovový cívkový dialyzátor pro československou výrobu.

Tyto cívkové dialyzátory se vyráběly v letech 1961–1964 v Závodech Vítězného února v Hradci Králové. Membrány se do nich však stejně musely dovážet za devizové prostředky. Každodenní součástí noční směny sester se pak stalo navíjení cívek na navíjecím zařízení, zkonstruovaném přímo na klinice (Erben, Fixa, Moučka, 2009; Lopot, 2012).

Přes určitá negativa byly dialyzátory domácí výroby finančně dostupnější, což ve výsledku přineslo možnost navýšení hemodialyzační kapacity. Při jejich užívání se však časem začaly objevovat potíže ohrožující pacienty. Kvůli vysokému průtočnému tlaku krve (a nekvalitním dobovým materiálům) docházelo při provádění hemodialýzy k rupturám navinutých celofánových hadic, což znamenalo značné akutní krevní ztráty pro pacienty. Vzhledem k tomuto problému bylo od užívání hradeckých dialyzátorů postupně upuštěno (Lopot, 2012).

V r. 1963 byl pořízen jeden přístroj Travenol do Ostravy-Vítkovic, o rok později do Olomouce a v roce 1965 přibyl i do slovenského Martina (Erben, 2000; Lopot 2009a, 2012). S dalším z těchto přístrojů se začalo léčit v r. 1966 na Interní klinice Lékařské fakulty a FN v Košicích pod vedením M. Mydlíka, který se naučil provádět hemodialýzu na II. interní klinice FN I v Praze. Obě pracoviště pak spolu dlouhá léta spolupracovala (Mydlík, Derzsiová, 2009). Ve stejném období se určitou záchranou staly i deskové přístroje nazývané Niechalovy dialyzátory (Erben, 2000; Lopot, 2012). Tyto umělé ledviny pocházely ze SSSR. Vzhledem k tehdejší spolupráci Československa se SSSR bylo snazší tyto dialyzátory získat odsud než ze Západní Evropy. II. interní klinika FN I v Praze obdržela postupně dva dialyzátory právě ze SSSR (Válek, 1967; Erben, 2000). Vzápětí obohatily další dva stejné dialyzátory hradecké hemodialyzační pracoviště. V tehdejší situaci stále chybějících zdrojů byla důležitá jejich poměrně vysoká účinnost, relativně dlouhá životnost (několik let) a již uváděná dostupnost (Erben, 2000; Erben et al., 2009).

K rozvoji oboru u nás velkou měrou přispívali i další lékaři, kteří systematicky rozvíjeli své znalosti a příslušné dovednosti a byli tak na vysoké odborné úrovni.

Uznávaný doma i v zahraničí byl výše zmiňovaný ÚCHOK, kde působil tým lékařů, který se pod vedením J. Broda dlouhodobě věnoval mj. problematice onemocnění ledvin. V roce 1966 zde vzniklo další hemodialyzační pracoviště. Tímto ústavem, který se stal jedním ze „zárodků“ budoucího Institutu klinické a experimentální medicíny¹¹⁵ (dále IKEM), prošla řada vynikajících nefrologů, kteří rozvíjeli obor na dalších pracovištích. Mnoho jich působil, po své emigraci z Československa, i ve světě. I přesto, že to bylo díky tehdejší společenské situaci obtížné, se naši nefrologové stále snažili udržovat kontakty i s kolegy ze zahraničí. Poté, kdy byla v roce 1963 založena v Londýně *West European Dialysis Association* (dále WEDA, více viz kap. 3.1.1 Příprava a indikace pacienta k léčbě metodami náhrady funkce ledvin) účastnili se jejích kongresů, pokud to bylo možné a prezentovali tam své práce (Rychlík, 2009a). Důkazem uznávání československé nefrologie v Evropě byl fakt, že členem EDTA se stal od r. 1967 A. Válek. Úspěchem tohoto období bylo i zahájení socialistické spolupráce s tehdejší Kubánskou republikou (v roce 1961 byla totiž vyhlášena socialistickou republikou). S československou pomocí, v čele s lékařem J. Jirkou, jehož na Kubě dodnes považují za zakladatele tamní nefrologie, zavedli na Kubě hemodialyzační léčbu již mezi léty 1962–1965 (Matoušovic, Jirka, 2009b).

Zatímco se pozvolna profilovala profese nefrologa, dialyzační sestry byly školeny přímo na dialyzačních pracovištích, protože specializační obor určený přímo pro ně zatím nebyl k dispozici. Pomůcky a nástroje cíleně vyráběné pro dialýzu v podstatě neexistovaly, stejně tak jako pomůcky k jednorázovému použití. *In vivo* užívané materiály odpovídaly tehdejší úrovni výzkumu a jen minimum jich bylo biokompatibilních (Erben 2000).

Lékařka S. Dusilová Sulková, technik F. Lopot i zdravotní sestra J. Pavlicová (2009), každý jako zástupce své profese, vzpomínají na složité přípravy dialyzačních přístrojů, roztoků, vyrábění cévních katétrů na lékařských pokojích nebo údržbu jediného bodce určeného k vytváření otvorů na katétru, který byl dovozový, a tudíž velmi vzácný. Důležitou součástí mnoha tehdejších zdravotnických pracovišť tak byly dílny, kde zdravotníkům pomáhali mechanici, zámečníci nebo elektrikáři, kteří mnohdy byli schopni pomůcky vyrábět.

Takto vznikaly v dílně ÚCHOK první katétrů k měření průtoku krve cévami lokální termofilací, později již v USA modifikované do podoby celosvětově proslulých a dodnes užívaných Swan-Ganz katétrů (Matoušovic, Jirka, 2009 b).

¹¹⁵ IKEM vznikl v roce 1971 v Praze Krčí sloučením čtyř výzkumných ústavů (ÚCHOK, Ústav klinické a experimentální chirurgie, Ústav pro výzkum výživy lidu, Ústav experimentální terapie) a dvou laboratorních celků.

4.3 Etický problém ideální a dostupné medicíny v začátcích dialyzačního léčení

Z dosavadních zkušeností vyplývá, že nějaký (a to různě dlouhý) čas trvá, než je výzkumem čerstvě ověřená metoda zavedena do běžné klinické praxe. H. Haškovcová (2015) označuje tento stav, přinášející etické problémy, jako rozpor mezi tzv. ideální a reálnou (dostupnou) medicínou.

Pod pojem ideální medicína pak zahrnuje optimální léčbu pomocí ověřených nejnovějších technologií, zatímco termínem dostupná medicína označuje stav reálných možností, které jsou v daném místě a čase k dispozici v praxi. Diskrepanci mezi oběma stavy ovlivňuje řada faktorů. Jedním z nejvýznamnějších z nich je ekonomika a politika jednotlivých států. Přes veškeré snahy žádný existující zdravotnický systém nedokáže zajistit špičkové, rychle se rozvíjející a většinou i nákladné, technologie pro všechny své uživatele. Za příznivých podmínek se reálná medicína dokáže přiblížit té ideální, léčba je poskytována v souladu s postupy *lege artis* a je vysoce kvalitní. Tato situace je dnes nastolena v řadě ekonomicky rozvinutých zemí.

Jenomže rozpor vzniká paradoxně i tam, kde je ekonomická situace státu dobrá, odborníků je dost a stejně tak je dostačující síť zdravotnických zařízení. Důvodů je několik a někdy se i vzájemně kombinují. Uvedené problémy často vznikají v tržně orientovaných modelech systémů poskytování zdravotní péče, kde lidé péči přímo hradí v době jejího čerpání. Je nasnadě, že bohatí „dosáhnou“ na ideální medicínu a zaplatí si tu nejlepší péči, zatímco ti chudší k ní přístup nemají. Podobně ale i v mnoha solidárních systémech při existenci komerčně zaměřených subjektů vzniká zákonitě prostor pro podobné nerovnosti. V těchto systémech také, jak již bylo uvedeno, veřejné zdroje často nestačí na zajištění vysoce nákladné zdravotní péče.

E. Křížová (2018) k tomuto problému upozorňuje i na fakt, že mohou existovat překážky v osobních postojích jedinců dané kulturními odlišnostmi. V sociologických výzkumech se totiž opakovaně ukazuje, že lidé s vyšším socioekonomickým postavením ve společnosti mají i lepší zdraví. Tento fenomén se nazývá syndrom statusu a podle této autorky je poměrně složité detailně rozklíčovat jeho důvody. S velkou pravděpodobností se jedná o kombinaci několika faktorů (např. lepší vzdělání související se zdravějším životním stylem vyšších vrstev, ale i pocity většího životního bezpečí, které omezují stres a jeho následky).

Ve všech výše uváděných případech je smutným následkem diskrepance mezi ideální a dostupnou medicínou fakt, že přestože léčba již existuje, je natolik vzácnou a nedostupnou, že se k ní prakticky nelze dostat. Lékaři, i když vědí o její existenci, ji nemohou pro své pacienty využít (Haškovcová, 2015).

Výše popisovaný jev provázel po dlouhý čas i hemodialyzační léčbu. V začátcích použití přístrojové hemodialýzy byl rozdíl mezi ideální a dostupnou léčbou akutního poškození ledvin značný, a to celosvětově.

Prodlevy mezi jednotlivými fázemi od zjištění, že hemodialýzou je možné zachránit člověka, až po běžné užití v praxi, tedy fáze od „objevu přes laboratorní výrobu, masovou výrobu, finance až po organizaci“, jak je popsala H. Haškovcová (2015, s. 96), byly, jak bylo výše popsáno, u hemodialýzy poměrně dlouhé a problematické.

Výrazně prodloužené a obtížné, a to i eticky, bylo i období předcházející dosažení stavu ideální medicíny. Pro pochopení důvodů a jejich etických konsekvencí je nutné se detailněji věnovat faktorům, které do celého procesu vstoupily a ovlivnily rozdíl mezi objevem, že přístrojová hemodialýza může být úspěšná pro přežití pacienta a jejím uznáním odborníky, jako metody, kterou lze bez obav používat v běžné klinické praxi.

Prvním závažným „zpoždujícím“ faktorem bylo samotné období počátečních pokusů s použitím umělé ledviny na lidech, prováděných v Evropě v letech 1924–1948, tedy v období poznamenaném událostmi přicházející, probíhající, a nakonec i doznívající II. světové války.

V té době již lékařské pokusy na lidech zdaleka nebyly ničím novým, a dokonce i tehdy v některých zemích existovala metodika pro jejich provádění. Ukázalo se ale, že bude zapotřebí upravit i konkrétnější etická pravidla pro jejich provádění.

Tradiční starověké (uváděná Hippokratova přísaha), středověké (přísaha lékaře Asafa) i novověké deontologické kodexy (Modlitba Maimonidova), sice zahrnovaly etická pravidla „umění lékařského“ pro lékaře, ale ta byla deklarována v obecnější rovině (Haškovcová, 2015; Munzarová, 2018).

V období bouřlivého rozvoje výzkumu v polovině 19. století, kdy lékaři začali více experimentovat i na lidech, se ukázalo, že zmíněné historické kodexy bude třeba doplnit o nový úhel pohledu. Větší pozornost si problematika vyžádala po veřejném skandálu v r. 1882, kdy v Německu kožní lékař A. Neisser při svém pokusu cíleně nakazil syfilidou několik mladistvých prostitutek. Na tuto událost reagovalo Německé říšské ministerstvo vydáním ustanovení, že pokusy nesmí být prováděny na nezletilých. Stanovilo také, že se mohou provádět až po dobrovolném souhlasu dotčené dospělé osoby.

Po přerušení I. světovou válkou následovalo o několik desetiletí později (v roce 1931) vydání německých říšských směrnic, již konkrétněji upravujících vědecké pokusy na lidech. Zároveň bylo stanoveno pravidlo dobrovolného souhlasu pokusné osoby ještě před započítím experimentu, kdy provedení pokusu bez tohoto souhlasu bylo považováno za nepřijatelné. Součástí směrnice se stal zákaz pokusů, které by nebyly prováděny na podkladě lékařsky podložených skutečností. Tuto poměrně příznivě se vyvíjející situaci však narušily události blížící se II. světové války. Válka znamenala závažnou celospolečenskou změnu s mezinárodním dopadem, a v Evropě těžce postihla všechny oblasti lidské činnosti, včetně zdravotnictví. Během války i po ní chyběly základní životní zdroje, narušená byla infrastruktura a oblast zdravotnictví nebyla výjimkou. Nedostávalo se zdravotnického vybavení, včetně léků a materiálu (vzkvétal tak černý trh), financí, odborníků, ani dopravních prostředků a pohonných hmot. Navíc bylo v oblasti zdravotnictví nutné řešit naléhavější záležitosti, např. rozmáhající se epidemie (Schott, 1994).

Tím, že se první klinické pokusy s použitím umělé ledviny na člověku odehrávaly v těsně předválečném, válečném i poválečném období (počínaje rokem 1924), byly těmito závažnými společenskými změnami silně poznamenány a celková doba od zjištění, že metodu lze úspěšně použít u pacientů s akutním poškozením ledvin, po její uznání a použití v praxi, se tím velmi prodloužila. Počátky přístrojové hemodialýzy jsou tak spojeny nejen s problematickou dostupností zdrojů, ale současně velkou roli sehrálo i odmítání metody většinou lékařů, a to jak z medicínských, ekonomických, tak z etických důvodů.

4.3.1 Etické problémy při zavádění hemodialýzy a étos lékaře

Popisované první pokusy s přístrojovou dialýzou, které probíhaly na lidech, by nemohly při dnešních, přísně nastavených, pravidlech obstát. Je třeba v této souvislosti zdůraznit, že „otcové“ dialýzy jednali v kontextu tehdejší doby, podobné technicky náročné pokusy byly „v plenkách“, nikdo s nimi neměl žádné zkušenosti a konkrétní pravidla pro takovéto aktivity v té době v podstatě neexistovala. Jednalo se tak o naprostý krok do neznáma. V případě hemodialýzy její objevitelé neměli žádnou podobnou předchozí zkušenost. Neměli ani k dispozici spektrum postupů, mezi kterými by se rozhodovali. Na podkladě několika laboratorních pokusů a s nedokonalou technikou se odvážili vyzkoušet přístroje na svých pacientech „jen“ s nadějí, že je snad dokáží zachránit od jisté smrti (které předcházelo umírání doprovázené závažnými a velice nepříjemnými subjektivními klinickými příznaky).

Takovéto rozhodování je skutečně nezáviděníhodné, protože otázka, zda vyzkoušet riskantní metodu nebo nechat pacienta zemřít, zcela jistě patří mezi závažná etická dilemata, protože ani jedno z řešení nelze označit jako optimální variantu.

Je pravděpodobné, že svou úlohu při rozhodování, zda použít svůj přístroj na člověku, sehrálo i nadšení objevitelů pro využití novinek z oblasti technologií. To korelovalo s tehdejší orientací na vědecký a technický pokrok, kdy badatelé doufali, že věda dokáže nejen odpovědět na všechny otázky, ale s pomocí ní bude konečně možné vyřešit většinu problémů.

Tuto skutečnost dokládá i J. Šimek a V. Špalek (2003), kteří uvedli ve svých Filozofických základech lékařské etiky, že 20. století přineslo scientizmus, tedy v podstatě víru ve vědu ve smyslu vystupňovaného pozitivizmu¹¹⁶. To, že i vědecké poznání má svá omezení a limity, ale může znamenat vznik dalších problémů, zatím lékaři nemohli tušit.

Jak zúčastnění prožívali závažné dilema rozhodování mezi jistotou brzké smrti a nejistotou přístrojové hemodialýzy ve válkou poznamenaném období, lze nalézt v lidsky silném příběhu W. J. Kolffa a jeho pacientů. Jeho první klinické pokusy s umělou ledvinou citlivě a poutavým způsobem předložil ve své knize s názvem *Pacienti* německý spisovatel J. Thorwald v knize, která má podtitul „Hrdinové této knihy jsou lidé jako ty a já“ (Thorwald, 1983).

Samo rozhodování lékaře v podobných situacích vychází nejen z vědecky podložených skutečností, jeho zkušeností a daných pravidel, ale zejména z jeho osobních morálních hledisek. I když v současnosti existuje pro podobné situace celá řada možností, o které je možné svá rozhodnutí lépe opřít (např. etická i legislativní pravidla nebo poradní funkce etických komisí), lze se domnívat, že žádná vnější pravidla nemohou v podobných rozhodnutích stačit. Lékaři se, v případě pochyb, musí obracet ponejvíce k vlastní, vnitřní morálce, která by měla být zakotvena ve zvnitřněných základních principech medicíny, jako součástí étosu lékaře.

¹¹⁶ Zakladatelem pozitivizmu je Auguste Comte (1798–1857), který odmítal metafyzické tázání a vědu prohlásil za jedinou možnou metodu poznání světa.

Aristotelés ve své Velké etice (A 1189 a, s. 35) argumentoval v Pojednání o rozhodnutí neboli záměrné volbě: „*Když tedy, jak jsme dřív řekli, rozhodování směřuje k dobrům, která jsou prostředkem k cíli, a nikoliv ke společnému cíli, k dobrům, která jsou pro nás možná, která také zakládají spor vzhledem k tomu, zda je žádoucí volit to nebo ono, je zjevné, že si to musíme nejdříve uvážit a poradit se u sebe o tom, a kdykoliv se nám při úvaze ukáže něco lepšího, tak je tu určitý popud k jednání (hormé tú práttein) a když to, co jsme uvážili, jednáním uskutečňujeme, zdá se, že jednáme podle rozhodnutí.*“ .

Moralita jejich činů pak může být hodnocena z více hledisek, např. z pohledu deontologie či utilitarismu. V tomto případě lze však spíše hovořit o pozitivním mravním jednání ve světle aristotelovské etiky ctností¹¹⁷, která je zaměřena daleko více na charakter, morální kvality jednajícího.

Povinnostní, také deontologická¹¹⁸ etika (za hlavního představitele je považován I. Kant), je totiž zaměřena více na činy, na samotné jednání, které má-li být morálně dobré, podléhá především povinnosti na podkladě úcty před vnitřním mravním zákonem: „*Konej tak, aby maxima tvé vůle vždy mohla být zároveň principem všeobecného zákonodárství*“ (Kant, 1990, s. 52).

Tím, že je deontologická etika pojata jako obecně platný zákon pro každé jednání, platí pro každého vždy stejně a za každých okolností. To však pro podobné rozhodování může, podle teologa zabývajícího se lékařskou etikou M. Váchy (2012, s. 36), představovat překážku. Dodržování striktně nastavených pravidel totiž nepočítá s pestrostí a intuitivním rozhodováním v běžné medicínské praxi, stejně tak jako: „*nastavení situace má svou důležitost, ... „matematické“ řešení lidských problémů přináší určité komplikace. Kantova etika se podobá mramorovému, pravouhlému sálu, je to etika typu padni, komu padni, sál, ve kterém se občas špatně bydlí.*“

Na následky činů, ve smyslu jejich užitečnosti, je zaměřena utilitaristická etika, filozofický směr, za jehož zakladatele jsou považováni J. Bentham a J. S. Mill. Utilitarismus zahrnuje několik základních principů. Princip následků je postaven tak, že z morálního hlediska jsou nejdůležitější následky činů, přičemž příliš nezáleží na morálce jednajícího a ani čin není takto posuzován, důležitý je následek (konsekvence).

¹¹⁷ Pojem ctnost je historicky jeden ze základních motivů etiky. Ctnostmi se zabývali filozofové jak starověké řecké filozofie, tak středověké křesťanské etiky a na ně navázali i autoři novověku či soudobí.

¹¹⁸ Z ř. *deonté* – povinnost

Dalším z principů je princip užitečnosti, kdy za morálně správné je označeno takové jednání, které přinese co největší užitek co největšímu počtu lidí (Vácha, 2012).

Jak uvedli J. Šimek a V. Špalek (2002, s. 20) tento princip je ve zdravotnictví, zejména na systémové úrovni, používán poměrně často spolu se sociálním principem. V oblasti alokací zdrojů je často uvažováno, jakým způsobem s omezenými zdroji zajistit největší možný užitek a dobro co největšímu počtu pacientům. Podle nich je úkolem vedení zdravotnického zařízení a politiků: „...za daný objem finančních prostředků pořídit co nejvíce zdravotní péče, spravedlivě distribuované ve společnosti a prováděné s maximální efektivností, morální jejich rozhodování určuje množství dobra (zdravotní péče) vneseného do společnosti.“

Např. M. Vácha uvádí příklad utilitaristické úvahy typické pro alokaci zdrojů: „A co je lepší: zaplatit transplantaci srdce dvěma pacientům, z nichž jednomu bychom prodloužili život o osm let a druhému o sedm let, nebo provést transplantaci patnácti pacientům, z nichž každému by se prodloužil život o jeden rok?“ (Vácha, 2012, s. 31). Ovšem takto postavená otázka alokačního rozhodování je skutečně pouze fiktivním příkladem, ke kterému v podstatě v praxi nemůže dojít z důvodu omezeného počtu orgánů, které je možné transplantovat. Spíše by se dala položit jiným způsobem. V případě PDL by mohla znít např. následovně: je lépe v případě malého počtu přístrojů dialyzovat menší počet pacientů s dobrou prognózou skutečně kvalitně, např. je zařadit do dialyzačního rozvrhu podle jejich potřeby a prodloužit jim tak život o několik let anebo dialyzovat raději větší počet pacientů a třeba i s horší prognózou, sice méně kvalitně, v omezeném čase, ale za to jim všem prodloužit život alespoň o nějaký čas.

Tato rozvažování však nejsou jednoduchá, protože je nesmírně složité určit, co je opravdu užitek a pro koho je tento užitek určen.

Posledním je princip hédonismu, kdy si každý jedinec v utilitaristické etice určuje, co je pro něj dobré (Jankovský, 2003; Vácha, 2012).

Přestože nikdy nelze zaručit výsledný pozitivní efekt terapie, podstatné je, že všichni uvádění lékaři byli ve svém rozhodování vedeni soucitem s trpícími, věřili v možnost jejich záchrany a jednali v jejich prospěch. Díky svému přesvědčení museli opakovaně překonat nejednu obtížnou překážku a projevit osobní statečnost i tváří v tvář ohrožení svého života.

Aristotelés míní, že pojem „etická“ doprovázející pojem „zdatnost“ (tedy ctnost), pochází od slova éthos neboli zvyk, a etická se proto nazývá etickou, že se jí nabývá zvykáním (Aristotelés 1186 a; cit. podle Rezka, Kříže, 2005).

Tomáš Akvinský v Komentáři k Aristotelově Etice Nikomachově k tomuto pojmu dodal svůj úsudek: „*Nejprve tedy říká (myšleno Aristoteles), ctnost je dvojího typu, totiž rozumová a morální. Rozumová ctnost obvykle vzniká a roste učením...Morální ctnost však vzniká ze zvyku. Nachází se ve snaživé části duše, a tudíž přináší jakousi náklonnost k něčemu žádoucímu*“ (Akvinský, Aristotelés, I A, cit. podle Machuly, 2013, s.37).

Podle J. Sokola (2008) znamená ctnost takovou péči o čest a svědomí, která je natolik soustavná, až se stane zvykem, habitem. Její základní součástí je statečnost, a to ve všech kulturách. Ctnost je schopnost rozhodovat se rychle a při tom dobře, ale vlastně zvykově, bez zvláštního úsilí. V průběhu času však ctnosti ztratily původní obsah a postupně se z nich stala pouhá pravidla pro správné jednání, která navíc zastarávají, takže pojem ctnosti se stal vyprázdněným. Návrat pojmu v jeho plné síle a obsahu není možné zajistit pouhým výčtem ctností, je zapotřebí ctnost oživit jako takovou. Ctnost je tak zapotřebí vyjmout z mravních nebo etických pravidel, protože to, že je člověk dodržuje, ještě neznamená, že dosáhl toho nejlepšího. Ctnost je vynikání, přesahování norem, ale zcela samozřejmé, bezděčné, přirozené a individuální, a proto se příliš nedá popisovat.

Jako jednu z mnoha stránek ctnosti¹¹⁹, neboli trvalých dispozic a předpokladů sloužících k dobrému jednání, představuje J. Kořenek (2004, s. 143) jako étos lékaře. Tento pak definuje jako: „*mravně odborné zakotvení vlastního života lékaře*“.

Étos lékaře souzní s ideálem lékařské praxe, která se tím, že slouží nemocným, stala posláním a pojí se s odpovědností při jejím poskytování. Tato odpovědnost se týká medicínských postojů, rozhodnutí a výkonů. Étos lékaře v pojetí J. Kořenka představuje mravní ukotvení lékařova života, které je následkem soustavného vedení dialogů s vlastním svědomím. Rozhodování lékařů nejsou jednoduchá a etické problémy klinické praxe nelze řešit pomocí „...*stereotypního omílání nezpochybnitelných hodnot, ale složitým hledáním správných postojů prostřednictvím klasifikujících hodnocení – toto je dobro, toto je správné, toto je spravedlivé, toto je čestné, v často skepticky orientovaném ovzduší společnosti, a tedy i lékařské praxe.*“ (Kořenek, 2004, s. 143).

Podobně uvažuje i M. Munzarová (2005, s. 48), která v kontextu současného „*postmoderního chaosu*“ píše o vnitřní mravnosti lékařství. Řeší otázku, zda je vnitřní mravnost vnitřním obsahem lékařství a jeho nedělitelnou součástí anebo je možné uvažovat o morálce, ovlivňované morálkou zevní. Neboli, jedná se o etiku v pravém slova smyslu nebo „jen“ o morálku ovlivňovanou mravem?

¹¹⁹ Vycházím zde z etymologického rozdělení A. Anzenbachera rozpracovaného J. Sokolem (Sokol, 2002).

M. Munzarová (2005, s. 50–51) se ztotožňuje s původním Aristotelovým teleologickým pojetím a vymezuje se vůči konsekvencialismu, jenž staví hodnocení na úspěšnosti výsledku. Ústředním bodem medicíny je podle ní *„setkání dvou lidí, klinické setkání, které by mělo být určujícím fenoménem celé filozofie medicíny a její mravnosti. Odtud vycházejí veškeré mravní povinnosti lékaře, nabízejícího hojení, léčení, péči, povzbuzení a útěchu nemocného. Taková mravnost zcela vnitřně k lékařství náleží, jelikož vyvěrá z přirozenosti medicíny jako takové, a ne z aplikace již existujících morálních systémů na lékařství“*.

Domnívám se, že zakladatele hemodialýzy je v současnosti, kdy je étos lékaře podle H. Haškovcové (2017, s. 224) *„zatlačen do privátní sféry“* a *„obecné absence sdílených hodnotových orientací, která s redukováným étosem lékařů souvisí“*, důležité připomínat právě v kontextu etiky ctností, etiky odpovědnosti, étosu lékaře a s nimi spojené vnitřní mravnosti lékařství.

Na příběhu hemodialýzy a jejích průkopníků lze ukázat, že všichni lékaři opakovaně (a po celý život) prokazovali nesmírnou obětavost, statečnost a odpovědnost a pro svou víru v pomoc pacientům byli ochotní mnoho obětovat. Tím zcela jistě přesáhli běžně uznávané (a tehdy válkou navíc značně rozkolísané) morální hodnoty a ukázali étos lékaře v jeho pravé podstatě. Nejenže jejich cílem byl, a to zcela v souladu s Hippokratovskou tradicí, prospěch pacientů, ale za nesmírně důležitý i z dnešního hlediska lze považovat fakt, že několika úspěšnými pokusy a prosazením metody jejich snahy zdaleka neskončily.

Je nasnadě, že svépomocné metody a vlastní investice do výzkumu, které nadšení badatelé používali v začátcích, nejsou trvale udržitelné, a to zejména v období, kdy je zapotřebí metodu zavést do rutinní praxe.

Prvně se tento problém ukázal v případě amerického Bostonu, kde podobně jako v Evropě, odmítání zavedení metody do klinické praxe trvalo poměrně dlouho. Nejenže zde také panovaly obavy ze samotné léčby a následků pro pacienty, ale jedním ze závažných argumentů, proč část lékařů metodu odmítala přijmout, byl již odlišného charakteru. Přestože USA na tom byly ekonomicky podstatně lépe než válkou zdecimovaná Evropa, kritici dialyzační metody tvrdili, že tento druh léčení je jen výsadou, luxusní hračkou, vyhrazenou pro prominenty prestižní nemocnice *Peter Bent Brigham Hospital* a nemůže najít širší uplatnění v běžných podmínkách klinické praxe. Jedním z důvodů této skepse byl i fakt, že umělou ledvinu typu Kolff-Brigham nechal brighamský tým zhotovit z důvodů zvýšení její bezpečnosti z tehdy drahých materiálů, respektive z oceli a plexiskla.

V této podobě přístroj přišel na 5 600 amerických dolarů, což byla nemalá částka, která odpovídala koupi menšího domu. Kritizována byla ale i značná náročnost přípravy hemodialýzy, nedostatek léků, školených odborníků, kteří by byli schopni hemodialýzu provádět (Friedman, 2012). Je nutné si uvědomit, že v tomto období sice USA dosahovaly značné prosperity, byla zde nízká inflace i poměrně vysoká zaměstnanost, ale 5 600 dolarů představovalo cca 1/3 průměrné roční mzdy. Ve společnosti navíc existovaly propastné sociální rozdíly a velká část obyvatelstva (např. četní imigranti) trpěla chudobou, obzvláště na zemědělsky orientovaném Jihu nebo na okrajích velkých měst (Heideking, Mauch, 2012).

Všichni zakladatelé hemodialýzy rychle pochopili nově se rýsující problém nedostatku zdrojů i potřeby navýšit hemodialyzační kapacitu a opět se ujali řešení. Bylo totiž evidentní, že bez pochopení, podpory a finanční spoluúčasti veřejnosti další rozšiřování hemodialyzační léčby nebude možné. Začali tedy shánět potřebné finance a osobně školit odborníky. Šířili také relevantní informace pomocí publikačních aktivit nebo přednáškami na mezinárodních konferencích. Oslovovali hlavně politiky a soukromé firmy, ale i širokou veřejnost a žádali je o spolupráci v tomto směru. Např. N. Alwall vyzval švédské průmyslníky k tomu, aby umožnili dialýzu pro všechny potřebné. Skutečně se mu takto podařilo výrazným způsobem podpořit rozvoj hemodialýzy a např. švédská firma Avesta Jernverks AB dala 80% slevu na nákup hemodialyzačních přístrojů, které na jeho zakázku vyráběla. Ve stejném duchu N. Alwall působil na své spolupracovníky a vychovával řadu studentů. Podobným způsobem reagovali jak W. J. Kolff, tak i J. P. Merrill, oba v USA. Stáli tak nejen u zrodu velkých firem vyrábějících hemodialyzační přístroje a u výuky dalších odborníků, ale především u zakládání mezinárodních i národních nefrologických společností i nadací na podporu pacientů s ledvinným selháním, jejichž činnost šíření hemodialýzy v klinických podmínkách urychlila.

Podobným způsobem problém uchopili i lékaři v Československu a stejně jako jejich předchůdci využívali všech možností, jak hemodialýzu rozšířit takovým způsobem, aby stačila všem potřebným. Tzn., jak již bylo uvedeno, vlastním úsilím rozvíjeli technologie, informovali odbornou i širokou veřejnost, a to v tehdejší politické situaci nejednoduchého přesvědčování politických činitelů a situaci omezených možností spolupráce se zahraničím. Je nutné zdůraznit, že tehdejší úspěchy hemodialyzační léčby by nebyly možné, kdyby odborníci prvních dialyzačních pracovišť nevynikali vysokou mírou schopnosti improvizace, nadšení pro věc a schopnosti obětovat „něco navíc“.

Nakonec se tak, právě díky jejich úsilí, stala přístrojová hemodialýza pro pacienty s akutním poškozením ledvin dostupnější. Tím aspirovala nejen na metu ideální, ale hlavně i dostupné medicíny, v tomto případě v podobě metody sice ještě výrazně riskantní, přesto zachraňující životy, ale hlavně s reálnou šancí na úplné uzdravení. Je zapotřebí připomenout v tomto kontextu, že pacienti s akutním poškozením ledvin byli většinou mladší lidé, kteří po eventuálním vyléčení mohli být nadále aktivní, jak v osobním životě, tak i ekonomicky. Část na ně vynaložených nákladů tak mohli společnosti „vrátit“. Nakonec z těchto důvodů došlo i ke smíření se odpovědných činitelů s vysokou nákladovostí metody.

Co lze považovat za důležité a je nutné v tomto kontextu zdůraznit, je fakt, že všichni¹²⁰ uvedení lékaři přijali odpovědnost vyplývající z jejich pokusů. Postarali se i o další rozvoj dialyzační léčby, včetně řešení nedostatkových zdrojů (rozdělili technologie, školili odborníky a sháněli finanční prostředky), a tím ovlivnili i osudy dalších pacientů, stejně tak, jako v tomto smyslu působili na své kolegy a veřejnost.

Lze tak hovořit o etice odpovědnosti, která by měla nejen doplňovat výše diskutované základní etické principy v medicíně, ale podle některých autorů by měla být principem vůdčím a dokonce jediným (Drozenová, Šimek et al. 2019). Vycházejí apriori z pojednání etiky odpovědnosti filozofa H. Jonase (1997), jehož dílo výrazně ovlivnilo filozofii a etiku od 80. let 20. století. H. Jonas reagoval formulací etického principu odpovědnosti na prudce se rozvíjející technologický svět, jeho vzrůstající moc, ale hlavně na rizika, která sebou přináší. Důležitým momentem v etice odpovědnosti je, že se jedná o etiku budoucnosti, což v podstatě změnilo tradiční pojetí etiky.

Filozof J. Kuře (2019, s. 200) píše: „*Princip odpovědnosti je odpovědí na narůstající možnosti zasahovat do procesů života a technicky je manipulovat a modifikovat podstatu života (lidskou přirozenost); v neposlední řadě je odpovědí na zcela nový typ lidského jednání daný rozsáhlostí a dalekosáhlostí důsledků jednání člověka v situaci nového pojetí jednajícího subjektu...a rostoucí nejistoty dané dlouhodobými důsledky jednání a nové role pro morální jednání.*“

¹²⁰ Za jedinou výjimku lze považovat G. Haase, jehož nadějně pokusy skončily pod vlivem přicházejících válečných událostí a souvisejících proměn německé společnosti. Důvody k tomuto rozhodnutí ale vyplynuly z vnějších okolností, nikoli z mravního postoje. Hluboce věřící křesťan G. Haas byl známý svým protinacistickým smýšlením, což mu přineslo nejen odvolání z místa vedoucího univerzitní kliniky, ale i další mnohé osobní i profesní potíže a internaci v domácím prostředí. Po válce byl sice rehabilitován, ale k experimentům s hemodialyzačním léčením se již nikdy nevrátil. Přesto nadále působil jako vynikající lékař.

Lze souhlasit s tezí, že pro medicínu je podstatná právě myšlenka etiky zaměřené na budoucnost, odpovědnost a starost za to, co je třeba vykonat. Etika odpovědnosti kriticky reflektuje budoucí možné následky technologií, které jsou používány, předvídá totiž některé možné budoucí následky našeho jednání. Propracovaný koncept H. Jonase, který je podle J. Kuřete a jeho kolegů (2019, s. 238) ucelenou etickou teorií, je odpovědí a výchozím bodem pro etickou reflexi „*morálních výzev biomedicíny a biotechnologií*“.

5 Pravidelné dialyzační léčení – alokace zdrojů a etické souvislosti

Použití hemodialyzační metody zpočátku indikovali lékaři výhradně pro pacienty s akutním poškozením ledvin, starší a chronicky nemocní v té době léčení hemodialýzou nebyli. Těmto nemocným se lékaři snažili pomoci alespoň konzervativní terapií a úpravou životosprávy. V drtivé většině případů však již k úpravě funkce ledvin nedocházelo a pacienti dříve, či později umírali ve stavu rozvinutých a závažných uremických příznaků. Hlavním důvodem, proč lékaři nepoužívali v těchto případech přístrojovou hemodialýzu, bylo přesvědčení, že pro chronické selhání ledvin není vhodná. Tento názor byl zapříčiněn vysokou mortalitou při pokusech o dlouhodobější dialyzování, přetrvávajícími nesnáze s opakovaným napojením na cévní systém nemocných a celkově špatnou prognózou. Lékaři ale odmítali léčbu i z etických důvodů. Bez vyhlídek na konečné vyřešení zdravotního stavu a za těchto podmínek nebyli ochotni své pacienty vystavit nejisté a komplikované udržovací léčbě (Epstein, 2009).

S přibýváním zkušeností s léčbou nemocných s akutním poškozením ledvin ale došlo k několika úspěchům v délce přežívání pacientů, u kterých se již nepodařilo obnovit nativní funkci ledvin. Někteří nefrologové tak zjistili, že metodu pravděpodobně přece jen bude možné využít i jako udržovací terapii, a tak začátkem 60. let 20. století začali uvažovat o zavedení léčby hemodialýzou i pro chronické pacienty (Schüeck, 1966; Válek, 1967).

Důležitým mezníkem pro změnu přetrvávajícího skeptického postoje mnoha lékařů se stala nadějná situace v oblasti TPL. V roce 1954 se podařilo brighamskému týmu v Bostonu (v týmu figuroval opět J. P. Merrill) v čele s chirurgem J. E. Murrayem úspěšně transplantovat ledvinu, kdy se dárcem stalo identické dvojče – bratr pacienta (Epstein, 2009; Tesař, Viklický, 2015). Pomalu se tak začala otevírat možnost, že by pacienti s chronickým selháním přece jen měli šanci na vyřešení své situace, a to v podobě TPL. Argument neřešitelnosti stavu pacientů tak začal pozvolna ztrácet sílu.

Není příliš překvapující, že hlavními propagátory hemodialýzy, jako možnosti léčby i pro pacienty s chronickým selháním ledvin, se stali opět W. J. Kolff, N. Alwal a J. P. Merrill. Hlavní podíl na zavedení a rozvoji PDL měli lékaři B. H. Scribner v USA a S. Shaldon v Británii. Odborné lékařské společnosti se ale jednoznačně vyjadřovaly proti myšlence zakládat hemodialyzační centra pro pacienty s chronickým selháním ledvin. Jedním z argumentů byl při tom i fakt vysoké nákladovosti hemodialyzační metody (Epstein, 2009).

5.1.1 Zahájení pravidelného dialyzačního léčení

K tomu, aby mohli zastánci metody zahájit PDL, zbývalo vyřešit zásadní medicínskou komplikaci. Tu představoval opakovaně použitelný cévní vstup, kterým by byla zajištěna možnost napojování cévního systému pacientů na přístroj. Vědci nejprve zkoušeli pomocí stříkaček a jehel naplnit dialyzátor odebranou krví a poté krev stejným způsobem vraceli zpět, tento postup ale nebylo možné provádět delší čas. Zkoušeli tedy napojit velké cévy na končetinách chirurgicky, což se dařilo u jednoho pacienta maximálně osmkrát za sebou (Válek, Haškovcová a Válková, 1982). N. Alwall navrhoval provést zevní arteriovenózní zkrat, ale v té době jej nebylo možné zrealizovat z důvodu neexistence vhodných biokompatibilních materiálů (Tesař, Viklický, 2015).

Ještě v r. 1961 byla prováděna původní chirurgická preparace velkých cév za použití skleněných trubiček, jejíž použití ale nedokázalo zajistit dlouhodobější pravidelnou hemodialýzu (Erben, 2000; Lachmanová, 2011).

Zásadní změnu přinesl objev Američana B. H. Scribnera z r. 1960–1961, který spolu s konstruktérem W. Quintonem a dětským kardiochirurgem D. Dillardem, použil externí arteriovenózní zkrat, nazývaný Scribnerův-Quintonův *shunt*¹²¹. Principem zkratu je operační propojení tepen a žil na končetině pomocí nesmáčivých teflonových¹²² kanyl, které se zaváděly přímo do cév. Kanyly bylo možné spojovat a rozpojovat ocelovými trubičkami a připojit je pomocí setů k dialyzačnímu přístroji. (Navrátil, 1987; Kováč, 1993; Erben, 2000; Blagg, 2012; Tesař, Viklický et al., 2015).

V roce 1963 britský lékař S. Shaldon použil perkutánní kanylaci femorálních cév, kterou obohatila československá skupina J. Erbena (2000) o podobné využití kanylace podklíčkových cév (Polakovič, 2000; Tesař, Viklický, 2015). V r. 1966 pak následovalo první použití vnitřních nativních spojek – arteriovenózních fistulí¹²³, vynález lékařů J. E. Cimina a M. J. Brescii (Válek, 1973; Válek, Haškovcová a Válková, 1982; Erben 2000).

V americkém Seattle bylo začátkem 60. let 20. století vybudováno nové Středisko pro klinický výzkum¹²⁴ při tamější univerzitní klinice, kde působil právě výše uvedený B. H. Scribner. Jeho prvním pacientem, jemuž po sérii pokusů na zvířatech zavedl svůj cévní zkrat, se stal v roce 1960 39letý strojní dělník Claude Shields.

¹²¹ Spojení *arteria radialis* s *vena cephalica antebrachii* cévkou. Ke spojce byla připojena deska z nerezové oceli s plastovým ochranným krytem, jako vnější spojky byly použity ocelové vodovodní armatury.

¹²² Teflon byl u nás označován dobovým pojmem silastik – plastový materiál

¹²³ Nativní arterializovaná žíla je punktována přímo.

¹²⁴ *Clinical Research Center University of Washington School of Medicine*

C. Shieldsovi selhávaly ledviny v důsledku chronické glomerulonefritidy. První dialýza sice trvala dlouhých 76 hodin, ale po jejím ukončení mohl původně klinickými příznaky selhání ledvin ochromený C. Shields dokonce odejít domů (důvodem odchodu byla rodinná oslava, kterou nechtěl zmeškat). Protože se jednalo o první pokus, stal se nesmírným úspěchem, který znamenal předzvěst spuštění PDL. Právě ve dnech, kdy se mu podařilo ověřit funkci cévního zkratu u C. Shieldse, měl B. H. Scribner přednášet o hemodialýze při akutním selhání ledvin na konferenci Americké společnosti pro umělé vnitřní orgány v Chicagu. Chtěl tam prezentovat i svůj nový objev, ale nestihl si již připravit příspěvek. Proto vzal s sebou na konferenci nejen W. Quintona, ale i C. Shieldse s jeho manželkou. Svou první zprávu o prvním trvalém cévním přístupu pro hemodialýzu, *shuntu*, nakonec představil na snídani při setkání s J. W. Kolffem, J. P. Merrillem a několika dalšími kolegy. Ještě ten večer jim W. Quinton předvedl výrobu *shuntu* v hotelovém pokoji. Zpráva byla vzápětí publikována v odborném tisku (Blagg, 2007).

C. Shields, vedený v dokumentaci B. H. Scribnerem jako „Exponát č. 1“, se proslavil v celých USA. Přes různé komplikace a zdravotní i psychické krize, se stav C. Shieldse po třech letech léčby natolik zlepšil, že se dokázal vrátit na čas do práce. Významným faktorem tohoto úspěchu bylo mj. i jeho vynikající rodinné a pracovní zázemí. C. Shieldse byla schopná ošetřovat jeho manželka, což nebylo nijak jednoduché. V roce 1969 dokonce manželé Shieldsovi plně zvládli domácí léčbu. Umělá ledvina i s příslušenstvím byla nainstalována ve sklepě jejich domu. Manželka C. Shieldse napojovala svého manžela na přístroj a zvládala zajistit celý postup, včetně první pomoci při komplikacích. Stejně tak mu na pracovišti, díky jeho proslulosti, tolerovali občasnou pracovní neschopnost. On sám se o léčbu zajímal a dobře spolupracoval (Thorwald, 1983).

Důležitým argumentem pro změnu názoru skeptiků stále odmítajících PDL, byla skutečnost, že C. Shields žil, přes všechny komplikace, pravidelně hemodialyzován poměrně aktivním životem dalších jedenáct let. Neméně důležitým faktem, který měl v budoucnu sehrát významnou roli při budování dalších kapacit hemodialýzy, byla i jeho schopnost (ve spolupráci s rodinou) zvládnout hemodialýzu se zapůjčeným přístrojem i v domácím prostředí. Druhý dlouhodobě hemodialyzovaný pacient B. H. Scribnera žil celkem 28 let, navíc byl úspěšně transplantován (získal ledvinu od své matky). Zajímavostí je, že zemřel při hraní golfu až dlouho poté. Jakmile tedy bylo jasné, že pravidelné dialyzační léčení je přece jen možné a chronické selhání ledvin snad bude řešitelné pomocí transplantací ledvin, B. H. Scribner začal řešit dostupnost hemodialýzy pro další chronické pacienty (Blagg, 2007).

V roce 1961, kdy bylo jasné, že již tři pacienti přežili v PDL déle než rok, požádal B. H. Scribner Univerzitní nemocnici ve Washingtonu, aby mu povolila přijmout více podobných pacientů. Jeho žádost však odpovědní činitelé zamítli s odůvodněním, že na takový projekt nebudou finance, nicméně svolili alespoň podporovat v léčbě dál jeho původní pacienty. B. H. Scribner nelenil a požádal o pomoc tehdejšího prezidenta Královské krajské lékařské společnosti¹²⁵. S jejich podporou pak se svými spolupracovníky vybudoval první neziskové komunitní ambulantní centrum hemodialýzy na světě, které umístili v suterénu budovy Rezidence zdravotních sester ve Švédské nemocnici. Toto centrum, s názvem *Seattle Artificial Kidney Center*, bylo otevřeno v lednu 1962. Problémem se stala jeho omezená kapacita (3 dialyzační lůžka), kterou bylo nutné začít řešit. Pro vybudování podobného centra nestačí jen samotné přístroje, ale je zapotřebí mnoho dalších komponent, celé vybavení i odborníci a jedná se tak o nesmírně nákladnou investici. Vzhledem ke zkušenostem s rodinným zázemím C. Shieldse se zdálo být řešením dialyzování v domácím prostředí pacientů. Určitá možnost se rýsovala v podobě proměny technických parametrů umělých ledvin, kdy se B. H. Scribnerovi a konstruktérům podařilo přístroje zmenšit a zjednodušit tak, aby se lépe daly použít v domácím prostředí. Dalším impulzem pro rozvoj domácího typu hemodialýzy byl případ 15leté pacientky. V roce 1964 byla dívka v dialyzačním centru odmítnuta vzhledem ke svému nízkému věku a závažnému neléčitelnému autoimunnímu onemocnění¹²⁶. Přesto se lékaři rozhodli jí pomoci domácí hemodialýzou a ve spolupráci s rodinou ji skutečně zahájili. Dívka ještě dokázala ukončit střední školu a dva roky studovat na univerzitě, než zemřela na krvácení do mozku. Následně zavedli lékaři domácí hemodialýzu v Bostonu a v Londýně, kde se rozvoje PDL ujal lékař S. Shaldon. Začal se totiž zabývat onemocněním ledvin při práci v Londýnské královské nemocnici¹²⁷, kde v roce 1960 založil Divizi nefrologie. V roce 1966 začal budovat Národní centrum pro ledviny¹²⁸ (dále NKC), jehož cílem bylo prokázat, že hemodialýza může být prováděna mimo nemocnici. V tu dobu totiž finanční omezení nemocnice neumožňovalo přijímat do nemocnice indikované pacienty k hemodialyzačnímu léčení. Řešením situace se stalo, stejně jako v USA, nainstalování přístroje pacientovi domů. Zde měl pacient zvládat hemodialýzu vlastními silami, napojen na vlastní vodu i elektřinu, což bylo finančně výhodnější než zakládat nákladná dialyzační centra.

¹²⁵ *King County Medical Society*

¹²⁶ Lat. *Lupus erythematosus disseminatus*

¹²⁷ *London's Royal Free Hospital*

¹²⁸ *National Kidney Center*

K tomuto řešení přispěl i jednodušší Shaldonův typ kanylace cévního přístupu pro dialýzu, kdy pacienti byli schopni zvládnout autokanylaci a následně se napojit na přístroj. V období od roku 1966 do roku 1968 NKC zajistilo instalaci domácí hemodialýzy pro 30 chronických pacientů ve Velké Británii. Poté NKC rozšířila působnost do zahraničí a dokázala zřídit domácí dialýzu pro pacienty na různých místech nejen v Evropě, ale i v Asii a Africe. Toto centrum se také podílelo na rozvoji dalších školicích středisek pro domácí léčbu, zejména v Německu, kde pomáhalo při založení školicího střediska pro hemodialýzu¹²⁹, které v letech 1969 až 1972 zvládlo proškolit a umístit prvních 40 pacientů na domácí dialýzu na německém území. Je zapotřebí uvést, že J. W. Kolff, J. P. Merrill, a dokonce ani sám B. H. Scribner myšlenku rutinní dlouhodobé hemodialýzy prováděné v domácím prostředí nepodporovali. Všichni spíše preferovali vznik odborných dialyzačních center, kde by hemodialýza byla svěřena do rukou odborníků (Blagg, 2012). Postupně se skutečně ukázalo, že domácí typ hemodialýzy nebude moci být z různých důvodů konečným řešením, a začalo se od ní upouštět (např. ne všichni nemocní ji byli schopni zvládnout, v případě komplikací mohly nastat potíže s dostupností pomoci, některé domácnosti nedisponovaly potřebným zázemím apod.). Éra sebeobslužných a domácích dialýz, motivovaná apriori nedostatečnou kapacitou dialyzačních lůžek, skončila v ekonomicky rozvinutých státech ve druhé polovině 70. let 20. století. V té době se dostatečně navýšil počet dialyzačních pracovišť a souběžně byla zaváděna metoda peritoneální dialýzy, která sloužila jako možná alternativa přístrojové hemodialýzy (Lopot, Švára a Polakovič, 2018).

5.1.2 Zahájení pravidelného dialyzačního léčení v Československu

Možnost delšího přežití při opakovaných akutně prováděných hemodialýzách potvrdila i skupina A. Válka na II. Interní klinice FN I. Tento fakt se stal předzvěstí zavedení pravidelného dialyzačního léčení na našem území (Válek, 1967).

Přestože u nás bylo otevřeno během 60. let 20. století několik dalších hemodialyzačních pracovišť (při klinikách velkých krajských nemocnic), až do roku 1968 tato pracoviště disponovala jedním, maximálně dvěma dialyzačními lůžky. Celkový počet hemodialyzovaných nemocných tedy nebyl nijak vysoký. Na jednom pracovišti zvládli dialyzovat přibližně dvacet nemocných ročně (Erben et al., 1974).

¹²⁹ *Kuratorium für Hemodialyse*

Ještě v roce 1966 uvedl O. Schüick (1966, s. 264) ve svém třetím vydání knihy s názvem *Nefrologie praktického lékaře*, že léčba chronického renálního selhání je u nás pouze konzervativní, ale existuje „*snaha vypracovat též dialyzační metody při léčení chronické residuální insuficience*“.

V doslovu své knihy A. Válek (1967) psal o naději pro pacienty, kterou viděl v pokrokovém plánu J. Gabriela z tehdejšího Ministerstva zdravotnictví a Výboru nefrologické sekce¹³⁰, vedené tehdy ještě J. Brodem. Hlavní ideou tohoto plánu mělo být vybudování nových čtyř léčebných dialyzačních center pro pacienty s akutním poškozením ledvin a současně založení jednoho centra pro léčbu nezvratného ledvinného selhání.

Ani další odborníci nenechávali situaci stagnovat. Např. J. Erben a jeho spolupracovníci z hradeckého pracoviště neustávali ve snaze o nalezení nových, levnějších možností pro rozvoj hemodialýzy, a tím se snažili přispět ke zvýšení kapacity míst. Když se J. Erben vrátil ze svého ročního studijního pobytu u W. J. Kolffa v USA (mezi roky 1966–1967), který mu zařizoval díky svým mezinárodním stykům J. Brod, přivezl si řadu zkušeností a nápadů na zlepšení fungování dialyzačního léčení (Chrobák, 2001). On a jeho spolupracovníci vzápětí (v r. 1967) navrhli koncepci programu pravidelné dialyzační léčby. Přes rýsující se značnou finanční náročnost ji dokázali prosadit a získat pro svůj plán oficiální podporu Sboru hlavního internisty Ministerstva zdravotnictví Československé socialistické republiky (Chrobák, 2001; Erben, Fixa, Moučka, 2009). V roce 1968 se tak skutečně podařilo zahájit na hradeckém pracovišti PDL. Tímto počinem se Československo se stalo opět první zemí východního bloku, která umožnila přežívat i pacientům s chronickým selháním ledvin (Navrátil, 2005). Je však nutné uvést, že počet pacientů zařazených do PDL byl tehdy velmi nízký. K dispozici bylo totiž jen několik přístrojů z původní výbavy a minimální počet výše uváděných sovětských dialyzátorů (Erben, Fixa, Moučka, 2009).

¹³⁰ Původní název Nefrologická komise ČLS JEP byl v r. 1962 změněn na Nefrologická sekce ČLS JEP. Její členové byli pod vedením J. Broda nesmírně činní a intenzivně spolupracovali se zahraničím. Později existovala pod názvem Československá nefrologická společnost ČLS JEP, od roku 2002 jde o samostatnou ČNS.

Tento problém se opět pokusil vyřešit J. Erben (2000) a jeho spolupracovníci. Návrh nového hemodialyzačního systému J. Erbena se stal rozhodujícím momentem pro další rozvoj PDL u nás. Při spolupráci hradeckého dialyzačního pracoviště s inženýry Závodů Vítězného února koncernového podniku Škoda Chepos pak roku 1968 vznikl prototyp tzv. hradeckého simultánního dialyzačního systému (dále HDsy) pro léčbu až 36 pacientů denně.

Pokrokový HDsy umožňoval nejen monitoring základních ukazatelů dialýzy, ale i přípravu společného dialyzátu. Jak popsal F. Lopot (2009a), tento systém, složený ze šesti přístrojů, byl řízen nezvykle, tedy centrálně, pomocí ovládacího panelu a vzhledem připomínal spíše průmyslové zařízení, nikoli zdravotnické vybavení. Po roce bezchybného provozu byl systém instalován i v několika dalších krajských městech. Vyvezen byl též do některých zemí spolupracujících v tehdejší Radě vzájemné hospodářské pomoci (Erben 2000; F. Lopot, 2009a). Podle J. Erbena (2000) se stal vzápětí HDsy impulsem pro nákup několika dalších zahraničních přístrojů (ze Západní Evropy) a jejich instalaci na stávajících dialyzačních pracovištích v Praze.

J. Erben a jeho spolupracovníci věnovali mimořádnou pozornost také cévním vstupům. Jak již bylo uvedeno, celosvětové prvenství získal hradecký tým za použití kanylace podklíčkových žil pro napojení na extrakorporální oběh. Se svým objevem vystoupili tito lékaři jak na první československé konferenci s nefrologickou tematikou v roce 1969, kterou sami v Hradci Králové uspořádali, tak i na mezinárodním kongresu ve Stockholmu (Erben, Fixa, Moučka, 2009). Celostátní nefrologické konference se pak staly každoroční tradicí (Rychlík, 2009b). Součástí konferencí bylo i pokrokové každoroční statistické vyhodnocení celostátní dialyzační činnosti, které pokračuje dodnes (Rychlík, Lopot, 2018; Sulková, 2000).

Důležitou součástí hemodialyzačních pracovišť se stala odborná příprava nefrologů. Od první poloviny 60. let 20. století tak byla organizována Ústavem pro doškolování lékařů (od roku 1960 patřícímu k Výzkumnému ústavu experimentální terapie) postgraduální výuka nefrologie¹³¹ (Schück, 2009).

¹³¹ K ustavení samostatného oboru nefrologie došlo až v roce 1981 pod vedením O. Schücka. Až teprve s oficiálním uznáním oboru tak bylo možné absolvovat nástavbovou atestaci na subkatedře Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů fungujícího v IKEM (Teplan, 2009).

Potvrzení možnosti dlouhodobějšího přežívání jak v zahraničí, tak u nás, vyřešení cévního napojení, zakoupení několika dalších přístrojů a zejména instalace hradeckého dialyzačního systému i profesní příprava odborníků, to vše se stalo základem pro spuštění PDL, které úspěšně zakončilo éru pouhého „přežití“ pacientů v Československu. Je ale nutné zdůraznit, že přes nesporný pokrok se dialyzační léčení v uvedené době zdaleka nestalo rutinní a bezpečnou metodou. PDL se zpočátku provádělo pouze jednou týdně, trvalo celý den a ani výsledky nebyly nijak povzbudivé.

Nový HDsy sice dokázal zajistit stejnou účinnost kratších jednotlivých dialýz v častějších intervalech, ale i tak trvaly jednotlivé dialýzy průměrně osm hodin. Vzhledem ke stavu techniky popisovaného období sebou téměř každá hemodialýza přinášela nemocným četné komplikace typu zvracení, závažných hypertenzí nebo naopak hypotenzí ze ztrát cirkulujícího krevního objemu. Významným problémem se stal i výskyt infekční hepatitidy B¹³² a dalších nakažlivých chorob, a to jak u pacientů, tak i u členů ošetrovatelského týmu (Válek, Haškovcová a Válková, 1982; Sulková, Švára, 2000).

5.2 Dialyzační léčení 70. let 20. století

Začátek 70. let 20. století byl ve světě ve znamení výzkumu a dalšího rozvoje dialyzačního léčení. Pro toto období byl charakteristický nejen výzkum ve všech oblastech, které se umělé ledviny týkají, ale zahrnoval i organizační rozvoj systémů pravidelného dialyzačního léčení. Ve světě, ale i na domácí půdě, došlo během této doby k mnoha medicínským a technickým objevům. Stále byla vylepšována technika, rozvíjela se diagnostika, nastalo zkoumání a ověřování dalších metod, využitelných jako doplňková či alternativní léčba ke klasické hemodialýze. Hledaly se také finančně dostupnější varianty pravidelného dialyzačního léčení.

V oblasti techniky se vývojáři zaměřili na zvýšení účinnosti dialýzy a omezení výskytu četných komplikací. Tehdejší umělé ledviny také stále zatěžovaly ošetrovatelský tým svou velikostí a nutností složité přípravy před každou hemodialýzou. Stejně tak ovládání těchto přístrojů během hemodialýz bylo náročné a ani čištění po ukončení procesu nebylo optimální. Trendem ve vývoji se stala minimalizace rozměrů součástí i celých přístrojů, ale i zjednodušení ovládání a manipulace.

¹³² Hepatitis B je virový zánět jater, virus Hepatitis C byl objeven roku 1989.

Technici se snažili zdokonalit dosavadní dialyzátory, vylepšovali dialyzační membrány a hledali materiál, který by nahradil nejen glomerulární filtraci ledvin, jako doposud, ale zvládnul by i tubulární resorpci a sekreci. Ukázalo se také, že je zapotřebí přidat do přístrojů některé kontrolní funkce, např. detektory úniku krve. Výzkumy směřovaly i k jednoduššímu a účinnějšímu čištění umělých ledvin tak, aby se omezilo dosud hojně přenášení infekcí (Lopot 2009; 2012).

V roce 1970 fungovalo na našem území celkem 11 dialyzačních pracovišť¹³³ při odděleních velkých nemocnic, a to pouze pro dospělé pacienty (Erben, 2000). Během roku 1971 přibyla do celkového počtu pracoviště v Českých Budějovicích, v Brně a další dvě v Praze, a to v Ústřední vojenské nemocnici (dále ÚVN) ve Střešovicích a v II. FN na Strahově. (Lachmanová, 2009). V celé republice tak bylo v této době k dispozici celkem 40 dialyzačních přístrojů a léčeno cca 200 nemocných s chronickým selháním ledvin (Erben et al., 1974).

Přes otevření několika dalších dialyzačních pracovišť počet pravidelně dialyzovaných pacientů na našem území stoupal jen zvolna a stále byl daleko za evropským průměrem. Ten, podle J. Erbena (2000), taktéž ještě nebyl úplně optimální. Pacienti s terminální fází chronického selhání ledvin, kteří nebyli zařazeni do dialyzačního léčení, sice podstupovali konzervativní léčbu, ale to znamenalo, že byli v podstatě odsouzeni k smrti, jak píše J. Lachmanová (2009). Proto snahy odborníků, jak situaci co možná nejlépe řešit, neustávaly.

J. Erben se svými kolegy (1974) propočítal v roce 1970 náklady na jednu hemodialýzu v průběhu jednoho roku při počtu 3147 výkonů. Jeden výkon hemodialýzy na hradeckém pracovišti vycházel na cenu 883 Kčs, z toho náklady na léky a dialyzační roztok představovaly 390 Kčs, na zdravotnický materiál, včetně dialyzačních cívek 442 Kčs a podání krve 51 Kčs. Cena léčby jednoho nemocného v PDL tak přišla na 88 300 Kčs. Celková cena tak vyšplhala na 2 782 000 Kčs ročně, což bylo 27 % z celkového rozpočtu fakultní nemocnice.

¹³³ Chronologicky řazeno: Praha II. interní klinika FN UK a I. LF (1955), Hradec Králové I. interní klinika FN (1957), Ostrava – Vítkovice ZÚNZ interní oddělení (1963), Košice VN interní oddělení (1965), Olomouc FN, III. interní klinika, Košice I. interní klinika FN (1965), Praha ÚCHOK, Bratislava I. interní klinika LF Univerzity Komenského, Plzeň I. interní klinika FN (1966) a Bratislava na Kramároch, urologická klinika (1970)

Podle údajů A. Válka (1973) stál v roce 1971 jeden výkon hemodialýzy u nemocného v PDL 973 Kčs¹³⁴. Do celkové částky totiž připočítal i náklady provozní (cenu budov, elektřinu, teplo, laboratorní vyšetření a jídlo ve formě 1 lůžko/den). Jeho úvahy vedly k tomu, že když cena u šestilůžkového střediska, které pracuje na dvě směny čtyřikrát týdně, je téměř 1000 Kčs, u dvanáctilůžkového, pracujícího také na dvě směny to bude méně, a to kolem 800 Kčs. Ročně by se pak významně ušetřilo, tudíž by bylo výhodnější provozovat kapacitně velká střediska s vysokou dialyzační aktivitou.

V roce 1971 A. Válek odešel ze svého původního působiště na nově založené dialyzační pracoviště, které patřilo pod interní oddělení FN II v Praze na Strahově. Časem se toto pracoviště (se státní podporou) pod jeho vedením stalo významným „národním“ dialyzačním centrem, které určovalo další směr a vývoj hemodialýzy u nás. Dialyzační tým se snažil získávat všechny novinky z oboru, postupně je zapracovával a využíval v klinické praxi. Současně na Strahově školili kolegy z celé republiky. Strahovské dialyzační pracoviště se stalo nositelem pokroku a dlouhá léta metodicky vedlo ostatní dialyzační pracoviště v zemi (Dusilová Sulková, Lopot a Pavlicová 2009).

Do tohoto období (polovina 70. let 20. století) spadají začátky již více organizovaného vzdělávání sester pracujících na dialýze, do té doby stále ještě školených přímo na dialyzačních pracovištích. Jak napsala J. Pavlicová (1981), sestry měly v těchto letech práci daleko obtížnější, než je tomu dnes, a navíc neměly k dispozici odbornou literaturu. Jak s humornou nadsázkou vzpomíná, zásadním a výkonným technickým výtvarným dílem dialyzační sestry byl peán. Veškeré předávání znalostí a dovedností se dělo přímo na pracovištích, sestry se učily jedna od druhé. Díky lékařům, kteří si uvědomovali důležitost práce i ostatních členů dialyzačního týmu, se sestry a první dialyzační technici účastnili lékařských konferencí. Již na III. celostátní nefrologické konferenci v roce 1974 byla založena Komise sester při ČNS. Ta byla později přijata i do tehdejší České společnosti sester s názvem Nefrologická sekce České společnosti sester. Výbor komise dbal na to, aby nefrologické kongresy zajišťovaly i vzdělávání pro sestry (Pavlicová, 2005).

¹³⁴ V r. 1969 byla průměrná roční mzda cca 16 000 Kčs, pro představu např. chléb stál v Kčs 2,60; mléko 1,90; vejce 1; 1 kg másla 40; 1 kg zadního hovězího 29; pánské boty 170; elektřina kW/h 0,7; televizor 3950; 1 l benzínu 2,10; automobil Škoda 100 55 000

V roce 1978 byla uspořádána I. celostátní konference dialyzačních, transplantačních a nefrologických sester i techniků, která se posléze stala tradicí. Další konference (v r. 1981 nazvané na doporučení ČNS ČLS JEP „Celostátní konference dialyzačních a transplantačních pracovníků ČSSR¹³⁵“) byly vzhledem k výměně a získávání nových informací pro rozvoj oboru velkým přínosem, protože se zde setkávali, přednášeli a diskutovali nejen lékaři, ale právě i dialyzační sestry a technici. Za povšimnutí stojí fakt určitého uvolnění politické situace, kdy se v roce 1981 konference zúčastnili pozvaní odborníci nejen z Východního bloku, ale i zástupci soukromých firem vyrábějících dialyzační techniku ze Západní Evropy nebo z USA (Opatrný, 1981).

Mezi lety 1979–1989 se konference konaly na záměčku Žinkovy u Plzně a účastníci na ně rádi vzpomínají. Konference nejen, že sloužily odbornému rozvoji a výměně zkušeností účastníků, ale panovala zde přátelská atmosféra a doprovázely je četné kulturní akce, podporující dobré vztahy mezi pracovníky dialyzačních pracovišť. V podobném duchu se odehrávaly konference pod vedením nefrologa M. Mydlíka na Slovensku (Opatrný, K. jr., Opatrný, K. sen., 2009). Dobré mezilidské vztahy mezi členy týmu potvrdila i D. Sobotová (2009), která popsala různé vánoční večírky, narozeninové oslavy apod. a označila je za cennou psychologickou podporu právě v krizových dobách. Podobným způsobem vyjádřila své pocity i J. Pavlicová (2005), která zdůraznila, že vzhledem k atmosféře, která panovala při setkávání dialyzačních pracovníků, v podstatě neexistovaly komunikační problémy mezi lékaři a sestrami.

Nefrologická sekce České společnosti sester začala apelovat na sestry, aby publikovaly a jezdily na výměnné stáže (např. do NDR). Postupně vedoucí sestry některých velkých dialyzačních pracovišť začaly pořádat odborné kurzy. Pod záštitou tehdejšího Institutu pro další vzdělávání ve zdravotnictví v Brně¹³⁶ byl zorganizován díky podpoře lékaře brněnského fakultního dialyzačního pracoviště P. Svačiny, první odborný celostátní kurz pro dialyzační sestry. Na otevření specializačního oboru si však nefrologické sestry počkaly až do roku 1991 (Pavlicová, 2009).

¹³⁵ Zkratka ČSSR byla zkratkou pro tehdejší název Československá socialistická republika

¹³⁶ Dnešní Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

Na začátku 70. let 20. století hradecký systém, přístroje firmy Travenol a sovětské umělé ledviny přestávaly stačit zvyšujícím se nárokům na kvalitu a postupně dosluhovaly¹³⁷. Dovoz ze zahraničí však váznul. Přes existenci několika přístrojů v testovacím provozu, které půjčily do Československa zahraniční firmy, které měly zájem o československý trh, jich nebylo možné získat tolik, aby pokryly celkovou potřebu klinické praxe. Ani pokusy cizích firem (např. Travenolu) o navázání licenční spolupráce na československém území nebyly úspěšné (Lopot 2009a; 2012). Řešení se u nás v první polovině 70. let 20. století iniciativně ujali např. i pracovníci Československé akademie věd (dále ČSAV) (Lopot, 2009a).

Podle vzpomínek lékařů V. Monharta a M. Jaroše (2009) z ÚVN ve Střešovicích, lékaři III. Interního oddělení ÚVN a technici Vývojových dílen ČSAV v Praze společně dokázali vyrobit tři funkční přístroje, které byly používány přes osm let v klinické praxi střešovického pracoviště. Jeden z nich byl použit dokonce v polních podmínkách¹³⁸ (Navrátil, 1987).

Do tohoto poměrně slibného vývoje zasáhla politika státu. Snaha ušetřit při konstrukci přístrojů a využít při tom levných místních materiálů vedla přednostně k podpoře domácí výroby. Stát vložil nemalé finance do vývoje dialyzačního přístroje v tehdejší Výzkumném ústavu zdravotnické techniky v Brně (dále VÚZT). VÚZT byl propojen s Národním podnikem (dále N. p.) Chirana, který získal silné postavení. Řídil nejen servis a celou naši výrobu dialyzační techniky, ale i její dovoz ze zahraničí (Lopot, 2012). Hlavní státní zájem a podpora směřovaly sem. Z tohoto důvodu výše popisované „svépomocí“ vyrobené přístroje nebyly ze strany státu finančně podpořeny, naopak tyto snahy byly spíše potírány. Oba hlavní konstruktéři z ČSAV byli dokonce „potrestáni“ přesunem na jiné pracoviště pod záštitou organizačních změn. Paradoxem zůstává, že v oné době přes veškerou výše popsanou státní podporu, vývojáři N. p. Chirany nebyli schopni sestavit kvalitní funkční přístroj (Monhart, Jaroš, 2009). Podobně jako technici ČSAV, zahájili projekt konstrukce modernějšího typu přístroje i akademičtí pracovníci spolu se studenty z Fakulty elektrotechnické Českého vysokého učení technického v Praze.

¹³⁷ Uvedené přístroje sice postupem času technici doplnili o další užitečné komponenty, např. maďarské konduktometry či holandské mísiče, které ukončily namáhavou přípravu roztoků apod.

¹³⁸ Příslušníci Československé lidové demokratické armády společně s lékaři z ÚVN ve Střešovicích zkoumali, jak provést dialýzu při mimořádných událostech v terénu. Dialýzu po mnoha zkouškách provedli v roce 1975 u chronicky nemocného pacienta v upraveném autobuse v zahradě jeho domu a přístroj se k těmto účelům osvědčil.

Stejně jako v předchozím případě funkční přístroj, který sestavili, nebylo, z důvodu protěžování N.p. Chirana, povoleno testovat v klinických zkouškách, tudíž nebyl v praxi použit. O něco později se podařilo pracovníkům VÚZT přece jen zkonstruovat pro N. p. Chirana přístroj (nazvaný Chiradis A), který ale vykazoval vysokou poruchovost. Přesto však byl vyráběn a dodáván na dialyzační pracoviště až do první poloviny 80. let 20. století, přednostně na slovenské území. Těmito událostmi se skluz československé dialyzační techniky oproti vývoji ve světě stále prohluboval. Přestože se technici ve VÚZT snažili o vývoj další řady přístrojů, i přes některé dílčí úspěchy již na sériovou výrobu umělých ledvin nikdy nedošlo (Lopot, 2009a).

Hlavním důsledkem výše popsané situace byla stále nízká kapacita dialyzačních lůžek, nadměrné zatěžování dialyzačního týmu poruchovou technikou a v neposlední řadě byli ohroženi i samotní pacienti, a to ve smyslu nízké kvality prováděných dialýz doprovázených řadou komplikací (Navrátil, 1987; Jirka, 2009; Lopot, 2012).

5.2.1 Nárůst počtu komplikací u pacientů

U pacientů s chronickým selháním ledvin zařazených do pravidelného dialyzačního léčení se v souvislosti s prodlužováním jejich života začaly objevovat nečekané obtíže, které přinášela vleklá choroba spojená se stále nedokonalou přístrojovou náhradou funkce ledvin. Tyto potíže nejen, že trápily samotné pacienty (často je invalidizovaly) a zatěžovaly ošetřující (jak členy dialyzačního týmu, tak i pacientovy blízké), ale celý proces léčby, s nutností řešit závažné komplikace, které navíc měly tendenci se řetězit, se stával finančně nákladnějším. Zmíněné komplikace měly jak akutní, tak chronický charakter. Ty, které doprovázely základní onemocnění, zahrnovaly např. poruchy hemokoagulace, renální kostní nemoc, nefrogenní neuropatie nebo kardiovaskulární onemocnění. Zároveň vznikaly i potíže související přímo s opakovaným užitím hemodialyzačních přístrojů. Jednalo se hlavně o změny krevního tlaku, dysekvilibrační¹³⁹ syndrom, infekční hepatitidu typu B, arytmie, pyrexie, gastrointestinální potíže či krvácení (v důsledku nemožnosti přesného nastavení dávkování heparinu) nebo vzduchové embolie. Za typickou ukázkou řetězení problémů lze považovat onemocnění anémií u pacientů v PDL. Anémie vznikala na podkladě základního onemocnění, ale také kvůli značným krevním ztrátám při opakovaném mimotělním oběhu. Lékaři problém řešili transfuzemi krve (Válek, 1973).

¹³⁹ Dysekvilibrační syndrom – podkladem vzniku je rychlé odstraňování nízkomolekulárních solutů z krve při jejich výchozí vysoké koncentraci. Zapříčiní změny v mozkomíšním moku, kam se začne přesouvat tekutina z krve, a způsobí tak edém mozku se všemi následky (Teplan, 2006).

Náklady na opakované podávání krve však představovaly nemalou investici k základní léčbě. Např. J. Erben se svými spolupracovníky (1974) uvedl, že v roce 1970 průměrně na jejich dialyzačním středisku činily 51 Kčs na každou provedenou dialýzu a celkem se za rok jednalo o 163 000 Kč.

Ukázalo se, že časté transfuze nejenže přináší další obtíže, např. siderózu nebo oběhové selhání, ale anémie nadále přetrvává. Někteří lékaři zkoušeli aplikovat kobalt, nicméně bez úspěchu. Zkoušelo se i podání hormonu erytropoetinu, přestože lékaři zatím jen tušili, že jeho produkce souvisí s ledvinami. Erytropoetin, který se dnes běžně aplikuje, nebylo možné podávat z několika důvodů. Neexistoval v „čisté“ formě a svou roli hrály i neúměrně vysoké ceny při nutnosti aplikace vysokých dávek (Válek, 1973).

Další problém se objevil při používání vody z vodovodních řádů, kdy u pacientů nastaly závažné stavy hyperkalcémie. Nutností se tak stalo řešení úpravy vody před dialýzou (Navrátil, 1987). V roce 1976 musely být instalovány deionizační stanice¹⁴⁰, což znamenalo opět investici nemalých prostředků (Lopot 2009a). Se všemi uvedenými obtížemi se musel denně vyrovnávat dialyzační tým (Erben et al., 1974). Lékaři, v souvislosti s nárůstem zdravotních komplikací a neúměrnou zátěží týmů, apelovali na zřízení samostatného oddělení pro pacienty s komplikacemi, které by navazovalo na hemodialyzační pracoviště (Melicharová, Tomášek, 1974). Stejně jako s nedokonalou technikou a komplikacemi, si dialyzační týmy musely poradit se stále přetrvávajícím nedostatkem pomůcek. Používané materiály odpovídaly tehdejší úrovni výzkumu a zahraniční novinky se k nám dostávaly jen v omezeném množství. Svědectvím doby jsou jednoduchá řešení některých problémů, která dnes působí neuvěřitelně, např. slepování hadic leukoplastí či ochutnávání dialyzačních roztoků zkušenými sestrami pro posouzení, zda „namíchané“ složení není málo či příliš „slané“ (pro odhad správně „nastavené“ vodivosti dialyzačního roztoku) před použitím (Válek, 1973).

¹⁴⁰ Jako první si deionizační stanici pro úpravu vody vyrobenou ve Sklárnách Kavalier instalovali už v roce 1976 na dialyzačním pracovišti na Strahově, postupně se přidala i další střediska.

Chronická choroba doprovázená dalšími zdravotními potížemi, četná omezení (narušení běžného života, ztráta zaměstnání, časová omezení, kdy každá hemodialýza stále trvala 8–10 hodin 2x týdně a nutné je přičíst i přepravu v době nízké geografické dostupnosti dialyzačních pracovišť i z poměrně vzdálených míst, dále např. dietní opatření, restrikce tekutin atd.), ale i samotný fakt závislosti na přístroji, potažmo na hemodialyzačním pracovišti a ošetřujících zdravotnících, často se komplikující vztahy v rodině atd., představovaly obrovský zásah do psychiky pacientů.

H. Haškovcová (1975, s. 87) v tomto období v knize *Rub života – líc smrti* výstižně popsala vliv chronické nemoci na člověka: „*Chronické choroby mění – a to zpravidla od základu – dosavadní život konkrétního jedince. Mají vliv nejen na nutnou změnu v režimu konkrétního denního života, ale mají vliv na změnu postojů k základním životním i lidským hodnotám a začasťe mohou způsobit i přehodnocení hierarchie hodnot dotyčného. Řešení problematiky chronicky nebo nevyлéčitelně nemocných jedinců je důležité z hlediska kvality jejich lidské situace*“.

Někteří se s životem v PDL dokázali vyrovnat, mnozí však měli vleklé psychické problémy. A. Válek (1973) a jeho spolupracovníci o těchto problémech věděli a ve své knize doporučovali nejen medikamentózní řešení, ale i psychoterapii a spolupráci ošetřujících s rodinou.

Psychoterapie však u nás nebyla v 70. letech 20. století jednoduše dostupná, navíc se psychoterapeuti apriori nezaměřovali na oblast psychických problémů somaticky nemocných lidí.

Pokusy o zlepšení psychické pohody pacientů při dialýze dokladují i tehdejší snahy o připodobnění dialyzačního pracoviště domácímu prostředí. Pacientům mělo pomoci zavedení nošení domácího oděvu, pohodlných dialyzačních křesel místo nemocničních lůžek, a dokonce měli povoleno na dialýze i kouřit (Lopot, 2009a).

Provoz hemodialyzačního pracoviště a práce s chronicky nemocnými pacienty se v dlouhodobějším horizontu ukázaly jako nesmírně psychicky náročné i pro ošetřující členy dialyzačních týmů. Také nejjednodušší rozhodování lékařů o zařazení či nezařazení pacientů do pravidelného dialyzačního léčení, nutnost práce s nedokonalou technikou i nezanedbatelné riziko infekční nákazy ve výsledku znamenaly odchody lékařů a značného množství sester na jiná pracoviště. Vysoká míra fluktuace nejen, že ovlivňovala odbornou úroveň poskytované péče, ale zácvik stále nových odborníků opět zvyšoval finanční náklady na provoz dialyzačních středisek. Sami pacienti často těžce nesli odchody zdravotníků, na které si zvykli (Válek, 1973).

Protože PDL bylo pro všechny jednou velkou neznámou, někteří odborníci si uvědomili, že je třeba seriózním způsobem seznámit s okolnostmi PDL (a to včetně problémů) ostatní odbornou i laickou veřejnost. Během následujících let tak bylo vydáno několik populárně-vědeckých publikací na toto téma. V tomto směru se u nás stala průkopnicí H. Haškovcová, která se na bázi dobrovolnosti a zájmu o pacienty ke své základní profesi, zabývala i jejich psychickou stránkou. H. Haškovcová má nejen značnou zásluhu na zveřejnění a otevření problémů vyplývajících z pravidelného dialyzačního léčení, ale pomohla i zavedení psychologické péče do této oblasti medicíny. Jak trefně napsal R. Honzák (2015, s. 35). ve svém příspěvku sborníku s názvem „Etiko, kam kráčíš? Aneb paní profesorce k narozeninám“: „...*Když všichni jásali nad uměleckou ledvinou, vyšel Tvůj Spoutaný život, když jsme nevěděli kam dál a vejš, objevilas Smrt a začala tu riskovat svůj vědecký život...*“.

Jak sama H. Haškovcová v rozhovoru pro časopis Braunoviny uvedla, k problematice se dostala tak, že jako imunoložka pracovala v týmu Ústavu experimentální biologie a genetiky ČSAV v začátcích naší transplantační léčby. V roce 1972 pak začala pracovat v Laboratoři klinické imunologie, která se nacházela ve FN I, stejně jako první dialyzační pracoviště. Začala tam docházet, protože ji zajímaly osudy lidí před TPL, na kterou při dialýze čekali. Následně začala navštěvovat i nově otevřené strahovské pracoviště, které vedl A. Válek. Četné rozhovory, které vedla s pacienty, se týkaly jejich prožívání dialyzační léčby, závislosti na umělé ledvině a čekání na případnou transplantaci. Své poznatky z mnoha set rozhovorů pak publikovala knižně i časopisecky a upozorňovala v nich na četné problémy, které dialyzační léčba přináší (B-Braun Medical, ©2017).

5.2.2 Snahy o řešení problémů

Na hemodialyzačním pracovišti v II. FN v Praze na Strahově byl A. Válkem v roce 1978 zaveden systém „samoobslužné péče“, a to hlavně z důvodu tehdejšího kritického nedostatku sester. Pacienti, kteří byli schopni a ochotni provádět některé úkony, se je pod vedením sestry učili a praktikovali sami na sobě, zpočátku pod jejich dohledem („výcvik“ trval 6 týdnů). Tímto způsobem mohl být udržen, dokonce o něco navýšen počet pacientů. Zároveň mohla samoobslužná péče posloužit i jako forma rehabilitace nemocných (Válek, Haškovcová a Válková, 1982; Dusilová Sulková, Lopot a Pavlicová, 2009).

Hemodialýza v domácnostech pacientů u nás byla praktikována výjimečně. Jediným, kdo tento typ hemodialýzy přes četné potíže úspěšně zrealizoval, se stalo strahovské pracoviště, které ji zahájilo v roce 1978 (mnohem později domácí dialýzu sice zavedla dialyzační pracoviště v Praze Na Homolce a Na Míčánkách, ale obě pouze pro dva pacienty) (Lopot, Švára a Polakovič, 2018). Překážku většího využití domácí dialýzy v naší zemi představovaly nevyhovující bytové podmínky i odmítání tohoto způsobu léčby samotnými pacienty, ale hlavně přetrvávající nedostatek přístrojů. V této době rozhodovali o nákupech konkrétních přístrojů pro hemodialyzační pracoviště lékaři, kteří měli za úkol posuzovat finanční stránku, jednoduchost obsluhy a výkonnost přístrojů (Válek et al., 1973). Volné přístroje k zapůjčení domů (při jejich stálém nedostatku a vysoké ceně) nebyly k dispozici. Ze stejných důvodů nebylo možné přístroj domů zakoupit (což je, z důvodu vysoké ceny dialyzačních monitorů, poměrně problematické i dnes).

Na pracovišti v Praze na Strahově přesto našli zastánci domácích dialýz způsob, jak svůj záměr realizovat. Začali k tomuto účelu používat z provozu vyřazené přístroje z vlastního pracoviště, které již nezvládaly intenzivní provoz, nicméně pro domácí využití stačily. Pro tyto účely také využívali testovací přístroje některých zahraničních firem, které měly zájem tímto způsobem zkoušet provoz svých výrobků (Lopot 2009a).

V bytě nemocných bylo nutné provést různé úpravy, např. přestavbu koupelny, byla využívána levnější noční elektrická energie. Pacienti také museli být schopni zvládnout poměrně složité postupy, např. nastavení dialyzačních parametrů na přístroji, punkci a napojení svého cévního vstupu na sety. Nutné bylo také pečlivě celý proces monitorovat (hrozila např. hemokoagulace, tehdejší přístroje nebyly vybaveny téměř žádnými detektory), na konci pak zvládnout i odpojení od přístroje, vyndání jehel a komprese vpichů. Systém domácích dialýz tedy šlo využít jen u malého počtu plně soběstačných nemocných. Zajímavostí je, že oficiálně u nás domácí dialýzy nebyly schváleny (stalo se tak až v roce 2015), přesto během dalších dvou desetiletí domácí léčbu podstoupilo přes dvacet nemocných (Lopot, 2009a; Dusilová Sulková, Lopot a Pavlicová, 2009). Poté byl systém opuštěn a vrací se až v současnosti, byť ne bez problémů a zatím jen v omezené míře (Lopot, Švára a Polakovič, 2018).

Podle vzpomínek D. Sobotové (2009) dalším z poměrně úspěšných pokusů, jak řešit nedostatek počtu přístrojů i množství odborníků, bylo navržení pokrokového systému malých detašovaných dialyzačních pracovišť, tzv. „satelitů“ v r. 1976.

J. Erben (2009) nápad na vybudování satelitů klade do roku 1978. V praxi byl návrh realizován v roce 1979, kdy bylo otevřeno první pracoviště tohoto typu. Podobně jako u systémů sebeobslužné péče byly satelity určeny pro soběstačné pacienty (s chronickým selháním ledvin) bez výrazných zdravotních komplikací, kteří po zaškolení s pomocí sester (člena rodiny), popřípadě zcela sami jen pod dohledem, mohli absolvovat dialyzační léčení, což zároveň sloužilo i k jejich rehabilitaci.

Satelity postupně vznikaly nedaleko od velkých „mateřských“ nemocničních dialyzačních pracovišť na jižní Moravě pod koordinací Fakultní nemocnice s poliklinikou v Brně (Sobotová, 2009). Během následujících deseti let bylo otevřeno dalších třináct pracovišť ve větších městech, největší z nich disponovala kapacitou šesti lůžek, nejmenší mělo pouze jedno lůžko. Na některých místech (např. Hradec Králové, Praha Strahov) se stal nedílnou součástí dialyzačního týmu i technik (Erben, 2000).

Jak ve světě, tak i u nás se hledaly další metody, od nichž odborníci očekávali, že by mohly pomoci alespoň částečně řešit selhání ledvin, nebo kterými by mohla být úplně nahrazena umělá ledvina, a mohly by pomoci k vyřešení nedostatečné kapacity hemodialyzačních míst, potažmo i financování.

Princip peritoneální dialýzy byl známý již poměrně dlouhou dobu, ale u nás se (v souladu se zaváděním metody v rozvinutých státech) metoda začala sporadicky používat počátkem 70. let 20. století u akutních pacientů (Dusilová Sulková, Lopot a Pavlicová, 2009). Zavedení peritoneální dialýzy jako standardního řešení chronického selhání ledvin zpočátku bránilo několik okolností. Hlavním důvodem bylo nedokonalé zajištění vstupu do peritoneální dutiny. Peritoneální katétr se zaváděl jednorázově punkcí, a tím bylo provádění peritoneální dialýzy omezeno na frekvenci jedenkrát týdně po dobu 24 hodin. Katétr poté bylo nutné vyjmout (Bednářová, 2015). Metoda tím pádem zpočátku vykazovala nižší účinnost, než klasická hemodialýza a provázely ji četné komplikace. Dlouhodobější léčba nebyla možná (max. 8–10 měsíců) a byla vhodná jen pro pacienty v dobrém klinickém stavu, o domácím využití nebylo možné uvažovat vůbec. V Československu byla navíc zpočátku ve srovnání s hemodialýzou finančně nákladnější (2300 Kčs/36 hodin léčby peritoneální dialýzou), takže jako řešení pro problémy s pravidelným dialyzačním léčením zatím nepřicházela v úvahu. Využívána byla jako alternativa při nemožnosti použití léčby klasickou hemodialýzou nebo z důvodu nedostatku hemodialyzačních přístrojů u náhlých selhání ledvin (Válek, 1973; Erben, Válek, Tomášek et al., 1974; Janda, 2009).

Transplantace ledvin jako nejlepší metoda pro pacienty s terminální fází selhání ledvin stála v této době teprve na začátku. První (jen z části) úspěšná TPL¹⁴¹ u nás, jak již bylo uvedeno, proběhla v Hradci Králové v r. 1961 (Erben, 2009). Na zavedení TPL do praxe měl hlavní zásluhu transplantční tým (budoucí součást IKEM) v čele s P. Málkem, který první úspěšnou příbuzenskou transplantaci ledvin provedl v roce 1966. Transplantční tým pokračoval v příbuzenských i v nepříbuzenských transplantacích a v roce 1970 již měl za sebou 34 provedených transplantací (Jirka, 2009; Vítko, 1995). V roce 1975 dosáhl počet ročně transplantovaných pacientů čísla 15 a nadále se každý rok zvyšoval. Zejména pacienti s nepříbuzenským štěpem zpočátku vykazovali četné komplikace a během jednoho roku jich přibližně polovina zemřela, zatímco pacienti s příbuzenskou ledvinou na tom byli o poznání lépe.

Několik déle přežívajících pacientů však bylo z větší části schopno téměř plné rehabilitace, a tak se TPL zařadila mezi metody, které mohly, sice zpočátku sporadicky vzhledem k nízkému počtu dárců, ale přece jen, pomoci k řešení neuspokojivé situace v pravidelném dialyzačním léčení (Jirka, 2009; Vítko, 1995; Jirka et al., 1974). V roce 1983 bylo dosaženo hranice 50 výkonů za rok a do let 1995–1998 průměrné přežívání příjemců cca z 90 %. Při porovnání se zahraničními statistikami (např. ERA-EDTA) odhadli nefrologové dobu zpoždění za rozvinutými západními zeměmi koncem 80. let 20. století na 6–8 let, vyrovnání v tomto oboru nastalo až po první polovině 90. let 20. století (Jirka et al., 2010).

Možnost transplantace ledvin byla důležitá pro psychiku pacientů. Navíc, jak napsala H. Haškovcová (1975), se v tomto případě nemocní mohli (a stále mohou) při neúspěchu či komplikacích transplantace, vrátit do dialyzační léčby, eventuálně podstoupit i další transplantace, což v případě transplantace nepárových orgánů možné nebylo¹⁴².

Po prvních transplantacích ledvin v pražském IKEM je začala provádět i další pracoviště, např. II. chirurgická klinika FN v Praze, dále příslušná pracoviště v Hradci Králové, Brně, Plzni i Bratislavě.

¹⁴¹ Podrobný popis dramatických událostí transplantace ledvin provedené v Hradci Králové v r. 1961 lze nalézt v knize Praktická urologie u nemocných v dialyzační léčbě a po transplantaci ledviny P. Navrátila.

¹⁴² V současnosti již existují možnosti, jak udržet při životě i pacienty se selháním jiných orgánů mezi opakovanými transplantacemi (slinivka břišní, srdce).

Zásadní přelom pro zvýšení počtu transplantací ledvin přinesly jednak objevy v oblasti imunologie¹⁴³ a jednak využití kadaverů, jako zdroje dárcovských ledvin včetně stanovení pravidel k odběru štěpu. Tento fakt ale ještě více omezil počet příbuzenských dárců, který ani před tím nebyl nijak vysoký (Jirka, 2009). Tuto skutečnost potvrdil i A. Válek se svými spolupracovníky H. Haškovcovou a D. Válkovou (1982, s. 136), kteří uvedli, že v Československu je odběr z žijícího dárce povolen jen vzácně, a to vzhledem k rizikům pro dárce. Lékaři však zastávali rezervovaný postoj i z etického důvodu: „*Lékař, který odebírá jinak zdravému člověku ledvinu, vlastně nevykonává nic pro jeho dobro, nic, co by bylo v zájmu jeho zdraví*“.

Postupně však byla minimalizována rizika chirurgických výkonů, takže přes odmítavé názory některých kritiků je v současnosti darování živým dárce považováno mnohými za altruistický čin, který je pro nemocného prospěšný. Základem je dobrovolné a informované rozhodnutí. Etickým problémem, přesahujícím rámec disertační práce, se může stát darování ledviny nepřibuzným dárce. V těchto situacích je potřeba dobře posoudit, zda se skutečně jedná o altruistický čin (Tesař, Viklický et al., 2015).

Klíčovým momentem pro další rozvoj transplantační léčby se stalo zprovoznění systému mezinárodní spolupráce pro výměnu orgánů¹⁴⁴, který měl navázat na již zavedený národní program transplantací (Haškovcová, 1975).

Nefrologové zkoušeli používat i metodu hemoperfuze¹⁴⁵ (1977 prvně v Československu), která ve světě již od 50. let sloužila jako léčba akutních intoxikací. Na konci 70. let 20. století již byla s úspěchem využívána i u nás, a to díky hemoperfuzním kapslím švédské firmy Gambro, které na pracovištích byly k dispozici (Dudová, 1981).

¹⁴³ Nejvýznamnější objevy v oblasti imunologické tolerance patří Angličanům P. B. Medawarovi a F. M. Burnetovi, oběma byla udělena Nobelova cena za fyziologii a medicínu. Stejně významné byly objevy L. Brenta a R. E. Billingham a nelze opomenout význam českého vědce M. Haška a jeho týmu. Nejsilnější histokompatibilní systém u člověka, zodpovědný za tkáňovou toleranci se nazývá angl. *Human Leukocyte Antigen System*, tzv. HLA typizace. Byl objeven v r. 1965 v Paříži J. Daussetem a P. Iványim z týmu M. Haška (Dausset získal za tento objev Nobelovu cenu v r. 1980). *Postgraduální nefrologie* [online] [citace: 2020-0304]. Dostupné z: <https://www.postgraduálninefrologie.cz/cislo-ii-2/>.

¹⁴⁴ Podle vyhlášky č. 75/1981 Sb., o Dohodě o mezinárodní soustavě pro spolupráci v oblasti transplantace ledvin „Intertransplant“. byla v roce 1980 podepsána v Moskvě mezinárodní dohoda o založení tzv. Intertransplantu. Jednalo se o systém sdružující tehdejší evropské socialistické státy, včetně Československa a zajišťující výměnu orgánů vhodných pro transplantaci. Řídícím centrem se stal pražský IKEM. In: *Sbírka zákonů* [online] [citace: 2017-09-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1981-75/zneni-0>

¹⁴⁵ Hemoperfuze je metoda mimotělního očišťování krve, při níž krev protéká hemoperfuzní kolonou obsahující adsorpční materiál (aktivní uhlí, syntetické pryskyřice), který na sebe váže látky, od nichž je třeba krev očistit. Užívá se např. při některých otravách, včetně lékových a těžkých poruchách látkové výměny s hromaděním škodlivin vznikajících v organismu. *Lékařský slovník* [online] [citace: 2019-06-01]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/hemoperfuze>

Pro léčbu chronického selhání ledvin se však nakonec ukázala jako nevhodná. Vzhledem k vysoké ceně perfuzních kolon je nebylo možné začít dovážet ze zahraničí pro běžný klinický provoz, a tak se pro chronické selhání ledvin využívaly sporadicky jen jako doplňková léčba. Později (1985) byla vyvinuta československá hemoperfuzní kolona Hemosorb, a hemoperfuze se tak u otrav s následkem akutního selhání ledvin stala jednou z běžně užívaných metod. Do standardní praxe léčení chronického selhání ledvin se nikdy nedostala (Navrátil, 1987). Nicméně i malé množství akutních pacientů, které bylo léčeno hemoperfuzí, mohlo pomoci s tristní situací nedostatku lůžek v pravidelném dialyzačním léčení.

5.3 Dialyzační léčení 80. let 20. století

Technický i medicínský vývoj v 80. letech 20. století ve světě se rozeběhl mnoha směry, dialyzační technika se zdokonalovala, stále byly vylepšovány přístroje, jejich podpůrné komponenty i dialyzační a další zdravotnické pomůcky. Postupně bylo zaváděno přímé řízení ultrafiltrace, profilování některých dialyzačních parametrů, zaváděny byly nové modality klasické dialýzy, jako např. hemofiltrace, bylo opouštěno využití deskových dialyzátorů ve prospěch účinnějších dialyzátorů kapilárních. Nově se začala měřit přímá účinnost dialýzy a změny cirkulujícího objemu. Ve většině rozvinutých států Evropy a USA již bylo dosaženo potřebné kapacity dialyzačních míst a pozornost se začala obracet ke kvalitě života pacientů zařazených do pravidelného dialyzačního léčení (Lopot, 2009a).

Československo v dialyzační aktivitě za světem již „pokulhávalo“, a to přes veškerou snahu dialyzačních odborníků a vývojářů. Do roku 1980 postupně přibyla sice další dialyzační pracoviště¹⁴⁶, ale většina z nich disponovala jen několika málo lůžky. Počet přístrojů, a tím i míst, stále zdaleka nestačil pokrýt potřebu.

Jednou z pozitivních událostí tohoto období bylo uspořádání mezinárodního kongresu EDTA a konference Evropské asociace dialyzačních a transplantačních sester¹⁴⁷ (dále EDTNA/ERCA) v roce 1980 v Praze i s výstavou zahraniční dialyzační techniky. Akce měla hojnou zahraniční účast (cca 2000 registrovaných účastníků), a to včetně návštěvníků ze zemí Západní Evropy či USA (Lopot, 2009b).

¹⁴⁶ Chronologicky řazeno: II. FN Praha Strahov, České Budějovice, Praha ÚVN Střešovice (1971), Zlín (1972), Praha Klimentská, Martin (1974), Hodonín, Ostrava FN-Zábřeh, Ústí n. Labem, Banská Bystrica (1976), Jihlava, Praha FN Motol první dětské lůžko (1980)

¹⁴⁷ Angl. *European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association* je organizace založená v roce 1971 sdružující nelékařské dialyzační odborníky (sestry, techniky, psychology, sociální pracovníky, nutriční terapeuté apod.)

Přesto 80. léta 20. století nazvala D. Sobotová (2009) ve svém příspěvku o vývoji nefrologie v Jihomoravském kraji krizovými. Podle ní entuziasmus začátků PDL vymizel, satelity přestaly být budovány a lékaři nechtěli v této oblasti medicíny pracovat. Vzpomíná na prohlubující se propast mezi potřebou počtu lůžek a reálnou dialyzační aktivitou, stejně tak na to, jak se, se stále narůstajícím počtem chronických pacientů s četnými problémy, hemodialýza postupně prodražovala. Důvodem byla obrovská potřeba opakovaných transfúzí krve či výskyt virové hepatitidy typu B, a to včetně mnoha nakažených v řadách ošetřujících zdravotníků. Nákaza hepatitidou B se stala opravdovou metlou i v řadách dialyzačních pracovníků, jak dokládá J. Pavlicová (2009). Podle jejích slov dokonce u řady z nich došlo k chronifikaci a dlouhodobým zdravotním potížím, které je trvale invalidizovaly.

Podle údajů A. Válka každý kraj v té době disponoval jedním velkým hemodialyzačním střediskem a tato krajská střediska měla podle svých možností zakládat satelity nebo doporučit domácí léčení. Hemodialyzační střediska byla určena a priori pro pacienty neschopné sebepečce, ostatní byli doporučeni k péči na satelitním středisku nebo k domácí hemodialýze. O umístění i léčbě pacienta rozhodoval lékař v nefrologické ambulanci, a pokud nebyl pacient indikován, vracel se do zdravotnického zařízení, kam spádově příslušel (Válek, Haškovcová a Válková, 1982).

Nadále přetrvával názor, že dohnat stav techniky ve světě, a zajistit tak větší počet míst, bude možné pomocí vývoje domácí techniky. Z tohoto důvodu byly na podkladě státního plánu technického rozvoje pořízeny na vybraná dialyzační pracoviště (např. Praha Strahov, Hradec Králové) moderní zahraniční přístroje ze Západní Evropy. Přístroje sloužily jako vzor pro naši výrobu. Tímto způsobem se alespoň částečně zmodernizovalo a o málo obohatilo přístrojové vybavení uvedených pracovišť, nicméně jinde situace zůstávala stejná (Lopot, 2009a).

Další důvody nízké dialyzační aktivity jsou dobře patrné v dobovém Sborníku z roku 1981. Podle J. Erbena a jeho spolupracovníků (1981) bylo v roce 1980 v naší republice celkem 1231 dialyzovaných pacientů, z tohoto počtu pak 736 pacientů zařazených do PDL. Ve srovnání s daty EDTA československá dialyzační aktivita představovala ani ne 5 % celoevropské dialyzační aktivity. J. Erben se svými spolupracovníky statisticky vyhodnotil situaci v jednotlivých krajích a zjistil mezi nimi nepoměr. Některé kraje podle jeho statistik vykazovaly velice nízkou dialyzační aktivitu. Vyslovil na základě těchto údajů podezření, zda je v uvedených krajích poskytnuta léčba všem potřebným, vzápětí ale konstatoval, že nedostatečná léčebná kapacita trvá v celostátním měřítku a je potřeba ji nadále řešit.

Podle dalších příspěvků ze stejné konference vyplývá, že vážlo i zásobování dialyzačních pracovišť spotřebním zdravotnickým materiálem. Zástupkyně nefrologických sester J. Pavlicová (1981) uvedla, že pracovníky dialyzačních pracovišť nesmírně zdržuje od práce opakované telefonické a osobní shánění zdravotnického materiálu.

Další účastníci konference uváděli problémy s používáním dialyzačních pomůcek. Některé pomůcky naší provenience byly nedokonalé. Příkladem mohou být dialyzační jehly a sety N. p. KOH-I-NOR Dalečín, které vykazovaly jen 60% průtok oproti správným hodnotám, tudíž kvalita dialýz, která závisí z velké míry na průtoku krve dialyzátorem, byla výrazně nižší (Benešová, Pavlínová, 1981).

Pracovník odpovědný za zásobování V. Filip (1981) z Okresního podniku Zdravotnické zásobování pak zmíněné problémy v roce 1981 uvedl do vztahu s celkovou tehdejší situací našeho zdravotnictví, kdy argumentoval vážnutím nákupu ze zahraničí, státními zájmy majícími vyšší prioritu, vzestupem cen materiálů nebo nedostačující výrobou státních či národních podniků.

Podobně reagovali ve svém příspěvku i technici, kterým byl vyčítán nedostatečný servis přístrojů HDSy i jejich poruchovost. Na svou obranu uváděli, že přístroje už jsou zastaralé a přes veškerou snahu při jejich konstrukci a následná vylepšení je nelze srovnávat se zahraničními špičkovými přístroji (Cepek, 1981).

Jedinou nadějí pro dlouhodobě dialyzované pacienty se stal v této době slibně se rozvíjející transplantační program a některé další metody, na jejichž rozvoji odborníci pracovali. Vedle TPL se rýsovala možnost uplatnění metody peritoneální dialýzy. Po vyřešení možnosti zajištění dlouhodobého vstupu Tenckhoffovým¹⁴⁸ peritoneálním katétreem se metoda ukázala jako reálně využitelná s účinností srovnatelnou s klasickou dialýzou. Dva roky po zavedení metody pro chronické pacienty ve světě začalo strahovské hemodialyzační pracoviště v roce 1978 poskytovat i tuto léčbu (Válek, 1981). Zpočátku probíhala přímo ve zdravotnickém zařízení a výkony trvaly i 48 hodin, takže o ambulantní nebo domácí podobě nelze v té době hovořit (Lachmanová, 1999).

¹⁴⁸ Tenckhoffův katétr vytvořil americký nefrolog H. Tenckhoff v r.1969 v USA. Přidáním manžet a změnou tvaru původního jednorázového peritoneálního katétru dosáhl možnosti dlouhodobého zavedení. [online]. Stěžeň [online] [citace: 2016-04-01]. Dostupné z: http://www.baxter.cz/downloads/novinky/Casopis_Stezen_4_2013.pdf

Během tří následujících let zdokonalování metody se ukázalo, že s použitím dlouhodobého peritoneálního vstupu, bez nutnosti používat hemodialyzační přístroj, potažmo připojení na elektrickou energii nebo vodu se stala oproti minulosti přece jen finančně výhodnější, dokonce byla až o 20 % levnější než klasická hemodialýza. Vizí do budoucna byl rozvoj materiálů z plastů, protože by odpadla původní namáhavá manipulace se skleněnými lahvemi (pacient po napuštění břišní dutiny roztokem mohl prázdný plastový vak svinout pod oblečení a po výměně opět vak napustit, tím se minimalizovala i manipulace s katétre). Pacient si peritoneální dialýzu po krátkém zaškolení (7–10 dní oproti klasické dialýze, u které školení trvalo několik týdnů) mohl provádět sám (Válek, 1981).

Zatímco ve světě se metoda již běžně používala, jejímu zavedení do běžné klinické praxe v Československu bránila skutečnost, že plastové vaky v uvedené době ještě dlouho nebyly k dispozici, používaly se skleněné infuzní láhve, do nichž připravovaly roztok spádové lékárny formou magistraliter rozpisu. Po dovezení na pracoviště je sestry ohřívaly na požadovanou teplotu v hrncích s vodou. Sterilizace roztoku byla dána podmínkami magistraliter výroby v lékárnách a láhve nebyly hermeticky uzavřeny, tudíž hrozily komplikace, v první řadě obávaná peritonitida (Pavlicová, 2009), která v tomto období bývala často komplikací smrtelnou.

P. Fixa se svými kolegy (2009) ve svém příspěvku vzpomínají, že ještě v roce 1985 byli nuceni z důvodu nedostatku míst pro pacienty na hradeckém dialyzačním pracovišti zavést peritoneální dialyzační léčbu. Vzhledem k neexistenci plastových vaků museli používat skleněné láhve, jejichž výrobu zajistil P. Fixa spolu s J. Erbenem ve sklárnách Kavalier a umístili je v pronajatém skladu civilní obrany. Vzhledem k nedostatku dialyzačních setů byli nuceni používat jeden set opakovaně, což ale znamenalo vysoké riziko rozvoje peritonitidy.

I přes fakt značné obtížnosti příprav a hrozby v podobě peritonitidy byla metoda přece jen zavedena na několika dalších pracovištích (po pražském Strahovu a Hradci Králové následoval pražský IKEM, Brno a Košice) (Pavlicová, 2009).

Pomocí peritoneální dialýzy se (i když zatím jen mírně) ulevilo zcela naplněným kapacitám hemodialyzačních pracovišť a svítla naděje pro nemocné, kteří nebyli zařazeni do PDL.

5.3.1 Začátky dětské hemodialýzy – etické otázky

Děti nebyly přístrojovou hemodialýzou léčeny do 80. let 20. století. Jedinou výjimkou byly děti s akutním poškozením ledvin, které příležitostně podstupovaly pouze peritoneální dialýzu. Uvedený fakt je příkladem tehdejší světové úrovně československé dětské nefrologie, protože I. dětská klinika v Praze byla jedním z prvních evropských pracovišť, kde metodu začali lékaři používat i u malých dětí (kojenců i batolat). Stejně tak dokázali poměrně úspěšně řešit (i chirurgickými zásahy) onemocnění vývodných cest močových a nefropatie (Janda, 2009).

Mezi jednu ze zásadních změn v období 80. let 20. století patřily úvahy nefrologů o vhodnosti dialyzační léčby pro děti s chronickým selháním ledvin (Válek, 1973).

Pro rozvoj dětské nefrologie měly nezanedbatelný význam i mezinárodní kongresy, které byly pravidelně pořádány v zemích tehdejšího Východního bloku. Jak vzpomíná J. Janda (2009), zahraniční odborníci byli informováni o faktu, že lékaři a sestry ze socialistických států Evropy mají omezenou možnost vycestovat do zahraničí, zejména do západních zemí, proto ochotně jezdili za českými a slovenskými kolegy na kongresy do jejich domoviny.

Vzhledem k mnoha problémům projevujícím se u dospělých ale pediatrii dlouho nevěřili, že opakovaná hemodialýza dětem s chronickým selháním ledvin přinese užitek (Válek, 1973).

J. Janda, E. Šimková a J. Špatenka (2000) uvádí dvě hlavní příčiny tehdejšího váhání lékařů. Za tu nejzásadnější z nich označili etické úvahy o smysluplnosti a oprávnění provádět tak náročnou terapii u dětí či adolescentů. Úvahy se týkaly otázky, zda přínos léčby odpovídá obrovské zátěži dítěte i jeho rodiny. Druhou příčinou byla podle těchto autorů nedostatečně vyspělá technika hemodialýzy.

Etickou úvahu a následný pozitivní postoj některých lékařů v klinickém rozhodování o PDL u dětí, které byly spojeny s nadějí a vírou v medicínský pokrok, dokladoval např. dětský lékař J. Švorc se svými kolegy (1988, s. 16) v knize Dětská nefrologie. Uvedl zde krátkou úvahu o smyslu léčby dítěte, jehož otec, plný pochybností, se ho ptal: „*Má léčba vůbec smysl, když se onemocnění nedá vyléčit a léčení má omezenou časovou působnost? Odpověděl jsem mu, že během krátké doby se mohou objevit nové léčebné prostředky, které prognózu zlepší. Objevil se Cyklosporin A¹⁴⁹ ...*“.

¹⁴⁹ Imunosupresivum nutné v těchto případech pro přijetí transplantátu.

Řešení problematiky dětských dialýz dokladuje taktéž Sborník prací *Dialyzačná liečba a transplantácia obličiek* z r. 1974 z III. celostátní nefrologické konference. Diskutující se v panelové diskuzi shodli, že pravidelné dialyzační léčení dětí není ani vhodné, ani možné provádět, zatímco akutní bylo úspěšně v několika případech již provedeno. Pravidelné dialyzační léčení se jevílo přípustné pouze v případě možnosti navazující TPL. Na našem území tehdejší situace (nedostatečná kapacita dialyzačních pracovišť, malé zkušenosti s léčbou dětí, stav transplantačního programu) zahájení pravidelné dialyzační léčby u dětí s chronickým selháním ledvin v podstatě nedovolovala (Erben et al., 1974).

Chronické selhání ledvin u dětí tedy bylo nadále léčeno konzervativně a dá se konstatovat, že tyto děti byly v podstatě odsouzeny k brzké smrti. Nicméně s přicházejícími úspěchy transplantační medicíny ve světě se začalo nakonec slibně vyvíjet i dětské pravidelné dialyzační léčení. Během několika málo let se ukázalo, že děti s chronickou renální insuficiencí, které byly zařazeny do této léčby, mají stejnou, ne-li lepší prognózu než dospělí.

Po zavedení transplantací ledvin u dětí (1977 v pražském IKEM) bylo zahájeno dětské pravidelné dialyzační léčení i u nás. Započato bylo v Bratislavě, o něco později (v r. 1980) i v Praze, ale nejprve se dialyzovalo na pracovištích pro dospělé. První dětské dialyzační pracoviště začali odborníci budovat v roce 1980 v Praze ve Fakultní nemocnici v Motole (Janda 2009). Příprava trvala tři roky, budoucí dialyzační tým absolvoval praktickou výuku na dialyzačním pracovišti na pražském Strahově, ale i v zahraničí. Pracoviště zahájilo provoz v roce 1983, stejně jako podobně koncipované dětské pracoviště v Brně (Erben, 2000; Janda, 2009).

Za jeden rok provozu dětského dialyzačního lůžka I. dětské kliniky FN Krajského ústavu národního zdraví (dále KÚNZ) v Praze Motole se skutečně potvrdily úspěšné výsledky pravidelné dialyzační léčby dětí. Na jednom přístroji, který zde měli k dispozici, dialyzovali ve FN KÚNZ v Motole čtyři chlapce od 8–14 let věku, zařazené do transplantačního programu. Všechny děti poměrně dobře prospívaly a byly schopné chodit do školy. Těmto dětem byla také poskytnuta psychologická péče (Benešová, Pavlínová, 1981).

5.3.2 Snahy o zvyšování kvality života pacientů

První dospělí pacienti v PDL se psychologické podpory (zatím pouze na pražském strahovském dialyzačním pracovišti) dočkali teprve v roce 1980, kdy doplnila jedinou dobrovolnici v poskytování psychologické péče pacientům H. Haškovcovou psycholožka I. Burdová. Návrh na její zařazení podala H. Haškovcová, která předložila A. Válkovi výsledky z několika set rozhovorů vedených s pacienty na stejném dialyzačním pracovišti (B-Braun, ©2017). Zajímavostí je, že tehdy neexistovalo úředně schválené, tzv. systemizované místo pro psychologa pro dialyzovaná pracoviště, a proto ji A. Válek nejprve přijal na místo uklízečky (Dusilová Sulková, Lopot a Pavlicová, 2009).

I. Burdová začala o něco později spolupracovat s již zmíněným psychiatrem R. Honzákem. Tento lékař původně pracoval jako konziliární psychiatr v Ústavu pro výzkum výživy v Krči, který byl jedním z ústavů sloučených v roce 1971 pod IKEM. Tím, že tehdejší ředitel IKEM v roce 1975 omezil zaměření několika původních ústavů na dvě základní oblasti, kardiovaskulární a transplantační, se R. Honzák koncem 70. let 20. století dostal k problematice dialyzovaných pacientů (Jirka, 2009). Mnohem později sám R. Honzák uvedl v rozhovoru, že se tehdy pouze čtyři lidé v celé republice věnovali psychice dialyzovaných, přestože tehdy tito pacienti tvořili skupinu s nejvyšším počtem sebevražd, a to i v porovnání se skupinou pacientů s depresí (Polášková, 2016).

V roce 1982 také vyšla první kniha určená přímo dialyzovaným pacientům, kde autoři A. Válek, H. Haškovcová a D. Válková (1982) poskytli ucelený pohled na dialyzační léčbu s cílem pomoci pacientům a jejich blízkým orientovat se ve složité problematice světa dialýz. V knize je pojednáno nejen o medicínské a psychologické problematice dialyzovaných pacientů, ale i o společenských následcích PDL. Apelováno je v ní na odpovědnost samotných pacientů a jejich aktivní přístup k životu, a to i přes omezující onemocnění. Řešena byla i problematika zátěže ošetřujícího týmu a jeho vztahů k nemocným. Z knihy vyplývá, že stále přetrvával nedostatek sester, přestože se podle autorů jednalo o zajímavou práci, kde měly sestry možnost samostatné práce, a tím odborného pracovního naplnění (rozhodovaly např. o aplikaci infúzí, transfúzí apod.) Při vysoké fluktuaci sester hrála roli psychická náročnost péče o dialyzované pacienty a také stále přetrvávající strach z nákazy infekčními onemocněními, jmenovitě hepatitidou B.

Jednou z dalších forem podpory komfortu pacientů zařazených do PDL se stalo pokrokové zavedení rekreační dialýzy v roce 1985 v gesci sokolovského dialyzačního pracoviště (satelit plzeňského dialyzačního pracoviště) s kapacitou tří dialyzačních přístrojů. V témže roce dokázal tamní dialyzační tým (v pozdějších letech se zapojila i další pracoviště), zorganizovat týdenní pobyty na zámečku Favorit, které od té doby začal pořádat pravidelně. Rekreační dialýzy by nemohly proběhnout bez velkého nadšení pro věc, protože bylo nutné vše potřebné k provedení hemodialýz kompletně stěhovat na zámeček umístěný v lesích a poté zpět. Zpočátku byl počet rekreantů nízký, přesto to byl jeden z posunů směrem ke kvalitnějšímu životu pro pacienty i jejich blízké osoby, které je tam směly doprovázet (Vlasák, 2009).

Uvolněnější politické poměry v druhé polovině 80. let 20. století přinesly modernizaci v podobě dovozu zahraničních zdravotnických pomůcek a alespoň částečnou obměnu stávajících dosluhujících přístrojů, což potvrdil ve svém příspěvku J. Erben (2009). Bylo otevřeno i několik dalších dialyzačních pracovišť¹⁵⁰.

Úspěchem bylo i první použití metody hemofiltrace. Jeden z prvních přístrojů pro on-line hemofiltraci (Gambro GHS 10-1) v Evropě k nám byl do Prahy (na FN II Strahov) dovezen díky fondům federálního ministerstva pro technický a investiční rozvoj prostřednictvím jeho účelové organizace Služba výzkumu v r. 1987. Jeho získání a další používání nebylo nijak jednoduché, protože přístroj byl sterilizován odlišným způsobem, než bylo oficiálně povoleno (Lopot, 2009a).

V tomto období také došlo k instalaci první výpočetní techniky, např. v roce 1988 na I. interní klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze byla zavedena elektronická dokumentace všech dialyzovaných pacientů z tohoto pracoviště (Lachmanová, Teplan, 2009).

Tyto skutečnosti přinášely alespoň částečné pozitivní změny v péči o dialyzované pacienty, zlepšovala se i účinnost prováděných dialýz a postupná digitalizace dat byla určitou nadějí do budoucna pro usnadnění práce dialyzačních týmů.

¹⁵⁰ Chronologicky řazeno: Praha (FN Motol – první dětské pracoviště, 1983), Brno (druhé dětské pracoviště, 1983), Přerov (satelit FN Olomouc, 1983), Svitavy (1983), Košice (1982), Most (1984), Karviná (1985), Příbram (1985), Sokolov (1985), Karlovy Vary (otevřeno 1986, vzápětí zavřeno a plný provoz v r.1987), Kolín (1986), Nový Jičín (1987), Tábor (1987), Blansko (1988 - v letech 1989-1995 bylo kuriozitou, že létali pacienti z Prostějova na PDL vrtulníky při vojenských cvičeních), Trutnov (1989), Benešov (1989), Brno (Bohunice, 1989), Klatovy (1989), Ostrava (1989)

V roce 1985 lékař K. Nouza (1985) ve své knize Rouby života stručně přiblížil problematiku hemodialýz veřejnosti a zmínil nejen finanční náročnost léčby, ale potvrdil i fakt stále přetrvávající nedostatečné kapacity stávajících pracovišť.

Těsně před pádem politického režimu v roce 1989 vyšla další kniha A. Válka s názvem Klinická nefrologie, kde společně s O. Schückem popsali tehdejší kritéria přijímání pacientů k léčbě pomocí dialyzačních metod. Mj. zde doložili přece jen již uvolněnější pravidla k přijetí do PDL, např. možnost indikace k dialyzování i pro starší nemocné, než byla doposud dodržovaná přísná věková hranice. Podle jejich údajů již rozvinuté státy dosáhly potřebné dialyzační kapacity a pro přijetí pacientů byla užívána již jen medicínsky a eticky obhajitelná pravidla, např. kontraindikace typu těžké aterosklerózy, psychózy nebo závažné kachektizace nemocných, kdy lékaři předpokládali, že by takto závažně nemocným pacientům nepřineslo dialyzační léčení prospěch. Autoři vzápětí konstatovali, že na našem území bylo v tomto období kvůli nedostatečné kapacitě (podle nich způsobené především nepříznivou ekonomickou situací státu) stále mnohem více indikovaných pacientů, než mohlo být přijato k léčbě, a i ti pacienti, kteří byli k PDL navrženi, čekali na přijetí neúnosně dlouho (a někdy marně). A. Válek s O. Schückem (1989) z těchto důvodů posuzovali nákladnost jednotlivých existujících možností PDL. Při porovnání cen se jako nejvíce nákladné stále ukazovaly přístrojové hemodialýzy prováděné na hemodialyzačních pracovištích v nemocnicích. Provádění domácích a samoobslužných hemodialýz v satelitním středisku by vyšlo levněji, ale překážkou byla značná pořizovací cena a nedostupnost přístrojů pro tyto účely. Peritoneální dialýza zatím levnější nebyla, a to díky celkovému nedostatku potřebných pomůcek.

Přes všechny uváděné potíže se dá souhlasit s F. Lopotem, který v dovětku svého příspěvku v knize Hereditatis petitio české nefrologie uvedl svůj názor následovně: „*Viděno z tohoto zorného úhlu, nevyznívá tento pohled zpět pro československou a později českou nefrologii a dialýzu nikterak špatně... To, co se v historických dobách dialýzy dělalo, by dnes v době různých certifikací a EU směrnic bylo naprosto nepřijatelným a z právního hlediska krajně rizikovým dobrodružstvím. Bez tohoto období by ale nebyla dialyzační technika a dialyzační léčba tam, kde jsou.*“ (Lopot, 2009a, s. 247–249).

5.3.3 Etické problémy alokace zdrojů v začátcích pravidelného dialyzačního léčení

Hemodialyzační léčbu pro chronické pacienty nebylo v tomto období rozhodně možné považovat ani za stav ideální medicíny, k té měla daleko. Mnozí lékaři ji zpočátku odmítali, a to i po vyřešení medicínských překážek. Opatrnost byla skutečně na místě, protože zahrnovala obavy z nejasného výsledku podobné léčby. Jednalo se o předpokládanou problematickou kvalitu života chronických pacientů a neřešitelnost jejich stavu. Nemožnost úplného vyléčení spojená s předpokladem nutnosti opakování výkonů hemodialýzy, ale i řada doprovodných komplikací, přinášela úvahy o smyslu a kvalitě života pacientů. Stranou nezůstávala ani otázka vynakládání značných prostředků (a tím i omezování prostředků na jiné druhy terapie) na takovou terapii, navíc spojená s téměř nulovými vyhlídkami na návrat pacientů do běžného, natož do ekonomicky aktivního života (Epstein, 2009).

Popisovaný stav odmítání nové léčebné metody je závažný z několika důvodů. Nejenže v tomto případě prodloužil dobu, kdy pacienti umírali, což vzhledem k okolnostem bylo sice smutným, ale zcela logickým důsledkem, ale nedůvěra k použití hemodialýzy u chronicky nemocných pacientů v terminální fázi selhání ledvin vedla k problému, který se týkal alokace zdrojů i na politické úrovni. Dá se konstatovat, že prostředky určené na zdravotnictví byly logicky přednostně investovány jinam než na rozvoj PDL, a to do oblastí, v nichž se osvědčil jiný typ diagnostiky a léčby, jež v tu chvíli byl považován za užitečnější.

Ani po uznání metody, jako přece jen klinicky vhodné k substituční léčbě pro chronické pacienty, nebylo zdaleka vyhráno. V tomto období se spíše prohloubil problém rozporu ideální a dostupné medicíny, kdy sice byla ověřena a uznána technická možnost záchrany i chronických pacientů, ale metoda rozhodně nemohla být rychle k dispozici v každodenní praxi pro tolik potřebných pacientů. I když na zlepšení situace lékaři (opět ti, kteří metodu původně propagovali) pracovali, tento stav měl v pravidelném hemodialyzačním léčení díky různým okolnostem trvat ještě poměrně dlouho (v ekonomicky málo rozvinutých zemích dokonce trvá dodnes).

5.3.4 Matematika milosrdenství v kontextu distributivní spravedlnosti

V případě PDL léčbu prvních pacientů zajistili a prosadili sami nefrologové, kteří věřili, že dosavadní akutní hemodialýza půjde využít i pro pacienty chronické. Po otevření prvního HDS v Seattle se otevřela možnost přežití, o které se chronicky nemocní pacienti (díky B. H. Scribnerovi a jeho slavnému Exponátu č. 1) dozvěděli z tisku. Přinesla jim pověstné „stéblo naděje“ na prodloužení života, kterého se začali chytat. Začali vyžadovat možnost této terapie po svých lékařích, sjížděli se do Seattlu a snažili se dostat k B. H. Scribnerovi na léčení. To, jakým způsobem tehdy lidé prožívali své marné naděje, popsal v knize Pacienti J. Thorwald (1983, s. 187): „*Při svých cestách do nemocnice byl Clyde Shields svědkem návalu nemocných. Prožíval zoufalství, zklamání a smrtelnou úzkost odmítnutých.*“

Vyvstala zásadní a jedna z nejobtížnějších otázek klinické praxe, která doprovází nakládání s nedostatkovými zdroji vždy, a to otázka, koho z potřebných přijmout a koho odmítnout. V tomto případě navíc ztížená faktem, že se jednalo o rozhodnutí mezi životem či smrtí, protože jiná možnost léčby k dispozici nebyla (konzervativní léčení zabránit smrti nemohlo).

H. Haškovcová (2002, s. 69) ve svém třetím a rozšířeném vydání Lékařské etiky dokonce použila pro tyto situace pojem „*sociální eutanázie*“.

Je na místě, že v klinické praxi lékaři na podkladě svých odborných zkušeností rozvažují, jak postupovat. Zvažují léčebný přínos pro své pacienty, ale v případě nedostatku umělých ledvin podobná diagnostická hlediska nemohla stačit. I když na jejich podkladě vyloučili skupinu pacientů, kteří z lékařského hlediska vhodní k léčbě nebyli, zbývala ještě příliš velká skupina těch, kterým by léčba prospěla a ti byli přesvědčeni, že na ni mají právo.

Stanovení „vyvolených“ pacientů, kteří ze skupiny indikovaných budou nakonec k léčbě přijati, v těchto případech vychází hlavně z vnitřních preferencí rozhodujícího se lékaře. Tento typ rozhodování, spojeného nedílně s morálkou lékaře, je skutečně nezávaditelný, protože je vždy v určitém smyslu nejen subjektivní, ale je často okolím považován i za nespravedlivý. Klade nesmírné nároky na toho, kdo jej provádí, což mnohdy přináší vnitřní pochyby o správnosti podobného rozhodnutí. Pochybami reaguje i dotčené okolí, samotní pacienti, jejich blízcí a kriticky se k problému staví i veřejnost. Podobné „vybírání“ pacientů je totiž v rozporu se společností obecně vnímanou spravedlností, která je v současných moderních společnostech historicky determinována.

Podle politologa M. Palouše (1999) bylo 20. století, zejména v období po II. světové válce, mj. ve znamení rozvoje mezinárodní politiky lidských práv. Všechny dokumenty, které vycházejí z myšlenek přirozených lidských práv (po II. světové válce se jedná v první řadě o Všeobecnou deklaraci lidských práv přijatou v r. 1948 Valným shromážděním Organizace spojených národů, Mezinárodní pakty přijaté v roce 1966 a další) a které řada rozvinutých států přijala, umožnily lidem více si uvědomit nejdůležitější životní hodnoty (mezi něž patří i zdraví) i svá práva na jejich ochranu. Z tohoto procesu ovšem vznikl také nárok na uspořádání sociálních poměrů takovým způsobem, aby tato práva byla lépe zajišťována celou společností.

Společnosti většiny ekonomicky rozvinutých států postupně uznaly (právě s respektem k ochraně přirozených lidských práv), že nárok na léčbu (zdravotní péči) mají všichni občané stejný, a měli by tak k ní mít zaručen i stejný přístup, což také většina ze společností postupně deklarovala. V souladu s tímto faktem se hospodářsky rozvíjející státy snažily po válce koncipovat i zdravotní politiku, legislativu a potažmo i zdravotnické systémy (více viz kap. 2 Alokace zdrojů v medicíně – problém praktický i etický).

V případě USA a jejich tržního typu zdravotnictví se v této oblasti projevila slabina, protože ten, kdo na léčbu neměl prostředky, na ni nemohl dosáhnout, anebo jen s velkým úsilím a podporou svých blízkých, což je v obecném měřítku většinou společností považováno taktéž za nespravedlnost (Parsons, 1967).

H. Haškovcová (1996, s. 34) uvádí ve své komentované verzi Práv pacientů, že u nás bylo právo na léčbu deklarováno v preambuli již citovaného zákona č. 20/1966, o péči o zdraví lidí již v roce 1966. Tato autorka píše: „*Dlouhou dobu jsme byli ujišťováni v tom, že každý občan má vždy a za všech okolností právo na léčbu, která je v souladu s nejnovějšími poznatky vědy a techniky.*“ Dodává k této skutečnosti, že realita samozřejmě je a bude jiná.

V současné době platí, že občan má „právo na život a na zdraví“, jež je nezadatelným lidským právem. Lidé mají podle I. Tomeše (2001, s. 113) právo na: „*dosažitelnou úroveň fyzického i duševního zdraví, a základní zdravotní péče proto musí být lidem přístupná. Stát nesmí lidi nechat umírat pro nedostatek základní zdravotní péče. Je věcí diskuze, co tvoří základní zdravotní péči.*“. K tomu, aby péče byla dostupná, by stát měl zajistit i podmínky.

Podle H. Janečkové¹⁵¹ (2002, s. 68) by zdravotní péče měla: *„být lidem dostupná z hlediska ekonomického, geografického i časového. Všichni, kdo mají stejnou zdravotní potřebu, by měli dostat stejnou zdravotní péči bez rozdílu finančních možností, místa bydliště, sociálního statusu, etnické či náboženské příslušnosti, věku, vzdělání, či možnosti se dorozumět“*.

Je nasnadě, že pokud je zdravotnictví financováno z veřejných prostředků, kam každý ve společnosti přispívá podle svých možností, ale má z nich právo čerpat podle svých potřeb, nutně nastává diskrepance a prostor pro nespravedlnost, protože prostředků je vždy méně. Jestliže se však lékaři rozhodují na podkladě již uváděného principialismu, neměli by pacientům uškodit, ba naopak, a zároveň by měli zvládnout zachovat vůči pacientům spravedlnost. Jak tedy rozdělovat omezené prostředky? Co lze považovat za spravedlivé a nespravedlivé v kontextu PDL? A související a neméně závažná otázka zní: kdo má tedy v těchto situacích na léčbu právo, když je státem deklarován rovný přístup ke zdravotní péči? Jak rozdělit nedostatkové zdroje natolik spravedlivě, aby všichni potřební mohli být do PDL přijati?

Spravedlnost patří, stejně jako ctnost, k filozofickým pojmům, které jsou historicky opakovaně řešeny a diskutovány.

Platón (335 e, cit. podle Novotného, 2017, s. 52) v Ústavě věnoval pojmům spravedlnost a nespravedlnost značný prostor. Např. v Sókratově dialogu s Polemarchem se Sókratés táže: *„Nuže, není spravedlnost dobrá vlastnost lidská?... Právě-li tedy kdo, že spravedlivé jest dávat každému, co mu jsme dlužni, a myslí tím, že muž spravedlivý je povinen nepřátelům škodit, přátelům však prospívati, nebyl moudrý, kdo to řekl. Neboť nemluvil pravdu; vždyť jak se nám ukázalo, nikde a nikdy není spravedlivé někomu škodit“*.

¹⁵¹ H. Janečková se věnuje tomuto problému detailně ve svém příspěvku věnovaném problematice ekvity ve zdraví a zdravotní péči v moderní společnosti (Janečková, 2002).

Aristotelés (1193 b, cit. dle Kříže, 2005, s. 50) ve své Velké etice, v části nazvané O spravedlnosti, pojednal o dvou druzích spravedlnosti. Jedna z nich je tzv. zákonná, v níž spravedlivě činí ten, kdo jedná podle zákona (zákon sám nařizuje věci v souladu se zdatností). Druhá ze spravedlností je taková, která jedná s ohledem na ostatní neboli tzv. rovnost: *„Ale spravedlivé se zřetelem k druhému je jiné než jmenovaná zákonná spravedlnost...spravedlnost pak se zřetelem k druhému, krátce řečeno je rovnost (to ison). Neboť nespravedlnost je nerovnost; kdykoliv si totiž lidé přidělují z dober větší část, ze zla však menší, je to nerovné dělení, a tak jsou přesvědčeni, že jeden nespravedlivě páše a druhý nespravedlivě trpí. Je tedy zjevné, ježto nespravedlnost záleží v nerovných částech, že spravedlnost a spravedlivé spočívají v rovnosti právních závazků“*.

Aristoteles (1194 a, cit. podle Kříže, 2005) poté navrhnul, že pokud je spravedlnost rovnost, pak bude při dělení nutná úměrná rovnost, tedy každý dostane to, co mu patří podle zásluh, které má.

V moderních dějinách se tzv. sporem o spravedlnost zabývala řada politiků, filozofů i právníků. Spor rozpoutala podle J. Šimka kniha s názvem Teorie spravedlnosti od J. Rowlse. Její hlavní tezi tvoří otázka: *„jak mají být statky vytvořené spoluprací rozdělovány jednotlivým členům kooperujícího systému, aby nevznikaly námitky, že rozdělování není spravedlivé, nebo že rozdělování je neslušné neboli, že není fér“* (Šimek, 2002, s. 37). Tato teorie předpokládá, že spravedlnost je férovost založená na smluvním vztahu mezi nezainteresovanými, morálně jednajícími stranami.

J. Sokol (2018) popsal spravedlnost jako pojem, který přináleží k právu a staví jej do protikladu ke slovu „křivda“. Podle něj, ať již jsou úvahy o tomto pojmu jakékoliv, je spravedlnost vždy měřítkem práva. Spravedlnost pak klasicky dělí na retributivní, která napravuje křivdy mezi jednotlivci, a distributivní, která řeší případy dělení mezi dvě a více osob. Problémem distributivní spravedlnosti však zůstává, podle jakého klíče vše spravedlivě rozdělit. Základním, pro jednoduchost a univerzálnost nejpoužívanějším principem, je dát všem stejným dílem, ať již práv nebo povinností. V tomto případě se nebere v úvahu zásluha příjemců, což ale může přinášet problémy (Sokol, 2018).

Na to, co je spravedlivé, tedy existuje celá řada názorů, žádný z nich ale nelze označit za ten jediný správný. Jak tedy postupovat v případě PDL? Bylo by spravedlivé postupovat tak, že každý dostane svou část podle svých potřeb. Nelze však ani rozdělit přístroj, ani přidělit „trochu“ léčby všem, to by postrádalo smysl. Nebo by měl mít nárok na léčbu ten, kdo má veřejně prospěšné zásluhy?

Zajímavou úvahu o spravedlnosti v alokačním rozhodování v medicíně, která je prezentována na webových stránkách 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, předložil lékař, zabývající se lékařskou etikou, P. Příhoda (2014). Tento autor napsal, že zásadní otázka alokačního rozhodování, tedy komu ano a komu ne v případě omezených zdrojů, je mravním dilematem, v němž jsou v rozporu dva ze základních medicínských principů, a to princip „dobřečinění“ s principem spravedlnosti. Neexistuje tak jiná možnost než „omezení prvního druhým. Etická relevance alokačního rozhodování spočívá v imperativu: rozhodnutí má být spravedlivé. V tomto případě jde o hledání a nalézání vyššího dobra (oproti nižšímu). Zásady tohoto počínání vytvářejí to, co klasická etika nazývala distribuční spravedlností“. Alokační rozhodnutí nemají za cíl poškodit pacienty, tedy popřít princip nonmaleficence. Jen je nutné v zájmu principu spravedlnosti uplatnit u někoho princip beneficence a neuplatnit jej tak u jiného, protože to jinak v tu chvíli není možné. Přesto podle P. Příhody ten, kdo za rozhodnutí odpovídá, často trpí pocity viny anebo projevy nespokojenosti od těch, jimž nebylo možné vyhovět (Příhoda, 2014).

Je pravdou, že situace „výběru“ pacientů, panující v PDL skutečně nenechávala chladnými ani lékaře, ani pacienty, dokonce vyvolávala četné kritické reakce ve společnosti a stala se, zejména pro lékaře, neúnosnou.

Svědectvím doby jsou otázky, které dobře ilustrují problémy onoho období a které předložil americký nefrolog E. A. Friedman¹⁵² (2012) ve svém příspěvku o historii dialyzačního léčení. Ty nejobtížnější z nich zněly následovně: kdo a za jakých podmínek by měl dialyzační léčbu přidělit? Měla by to být vláda, lékaři, nebo některý typ poradního orgánu (např. komise, rada, výbor zdravotnického zařízení, obce)? Kdo by měl mít přednost: ten, kdo je schopen si léčbu zaplatit či ten, kdo má občanské zásluhy? Nebo snad ten, kdo přišel jako první? Neměla by se prioritizovat jinými kritérii, např. věkem, pohlavím, rodinným stavem, stavem zaměstnanosti? Mělo by se umožnit lékařům (nebo i samotným pacientům) vlastnit dialyzační pracoviště a dialyzovat pro zisk? Další z řady sporných bodů také představoval problém, zda by se měla hradit z veřejných zdrojů dialýza lidem, kteří např. spáchali těžký zločin (úkladní vrazi, teroristé apod.), nebo těm, kteří si sami prokazatelně poškozují zdraví (např. alkoholici, narkomani apod.).

¹⁵² Tento nefrolog měl sám manželku, která byla zařazena do dialyzačního programu, tudíž mnohé komplikace dialyzovaných zažíval skutečně „tváří v tvář“.

Jedním z dokladů, že rozvahy podobného typu přináší (nejen) lékařům pochybnosti, a dokonce i psychické problémy, je fakt odchodů části z nich (i „dialyzačních“ sester) na jiná pracoviště. Někteří dokonce takovou situaci neunesli a jsou známy i případy sebevraždy. Pod tlakem závažného morálního rozhodování i vnější kritiky se lékaři uchýlili k asi jedinému možnému řešení v podobné situaci. Stanovili vnější pravidla, kritéria k výběru nemocných, nazývaná, kvůli dramatickým okolnostem, matematikou milosrdenství. Důvody vytvoření a užívání podobných kritérií jsou nasnadě. Jde o snížení napětí při rozhodování, a o zachování spravedlnosti, byť značně diskutabilní. Co je ale nutné si uvědomit, že podobná kritéria nemohou být řešením navždy. Musí být považována za dočasná s využitím jen v tísnivé situaci. Tuto situaci je třeba řešit v podobných případech zejména na politické a ekonomické úrovni (Haškovcová, 1985, 2015).

Při koncepci výše uváděného nového ambulantního střediska určeného již pro pravidelné dialyzační léčení v Seattle, rozhodla správní rada lékařské společnosti z výše uvedených důvodů stanovit přísná pravidla přijetí k PDL. První instancí byla lékařská komise, kde sami lékaři vybírali vhodné kandidáty k léčbě, a to podle lékařských kritérií (Blagg, 2007). Pacienti museli splňovat následující podmínky: být dospělí s vyjádřenými klinickými příznaky (urémie) se stabilními nebo pomalu se zhoršujícími renálními funkcemi, maximálně do 45 let věku, emocionálně vyrovnaní, ochotní se podřídit dialyzačnímu režimu a dietním omezením, bez cévních komplikací a bez dlouhodobé hypertenze. Děti indikovány nebyly a stejně tak dospělí, kteří nebyli schopni sebepečce.

Indikace pacientů k PDL podle medicínských kritérií mají své opodstatnění a v závislosti na vědeckém poznání a zkušenostech s PDL po různých obměnách se používají dodnes. Existují patologické a prognosticky nepříznivé stavy, u nichž lze právem konstatovat, že k podobné léčbě vhodné nejsou. Opakovaná dialýza, jako poměrně agresivní a intenzivní léčba, by takovému pacientovi prospěch již nepřinesla. Jednalo by se tak o nehumánní prodlužování života za cenu jeho velice nízké kvality. Je tedy logické, že lékař indikuje po diagnostické rozvaze k léčbě ty pacienty, kteří jsou k léčbě po zdravotní stránce opravdu vhodní, a jen za předpokladu, že jim PDL prospěje. Je nutno připomenout, že PDL byla v začátcích, možnost TPL zatím neexistovala, proto také nebyly zařazovány děti.

V počátcích PDL byl dodržován úzus skutečně přísných kritérií na podkladě prognostických hledisek. Důvodem dodržování těchto kritérií byla předpokládaná lepší prognóza, menší výskyt komplikací, lepší kvalita života i vhodnější zdravotní stav pro budoucí možnou transplantaci, jejíž rozvoj se předpokládal v budoucnu. Přesto i tato skupina indikovaných pacientů byla příliš velká. Z důvodu nedostatku dialyzačních lůžek (a financí) byly lékařsky indikované případy vzápětí posuzovány druhou komisí ve složení laiků, kteří prováděli konečný výběr. Podobné komise pak podle amerického nefrologa Ch.R. Blagga (2007) působily v celých USA. Pro svou funkci byly nazývány „výbory smrti“¹⁵³.

Členy komise bylo šest laiků z komunity, kteří byli vybráni na základě svých bohatých životních zkušeností a jeden lékař, který ale nebyl nefrologem (Blagg, 2012).

Podle J. Thorwalda (1983) byla komise složena z lékařů, duchovních i soudců a následný výběr zahrnoval i posouzení místa bydliště. Ti, kteří bydleli příliš daleko od Seattlu, se buď museli přestěhovat blíž, nebo si zakoupit vlastní přístroj (jehož cena byla přibližně 7 000 dolarů), ale museli také dokázat nést všechny důsledky domácího ošetřování. Dialyzační centrum tak zůstalo vyhrazeno jen pro pacienty, které nemohl doma nikdo ošetřovat a také pro ty, kteří byli zcela bez prostředků. Ostatní pacienty k léčbě přijal B. H. Scribner jen pod podmínkou, že jejich rodina zajistí domácí péči.

Jak je z výše napsaného textu patrné, vedle medicínských a prognostických kritérií výběru byly zvažovány další podmínky (např. sociální) pro přijetí pacientů do PDL.

Během prvních 13 měsíců fungování komise bylo posouzeno 30 kandidátů, 17 z nich bylo lékaři indikováno jako vhodní kandidáti na terapii, 10 bylo vybraných pro PDL a zbývajících 7 zemřelo. Problém nedostupnosti a nákladnosti pravidelné dialyzační léčby i nutnosti selekce pacientů samozřejmě neunikl ani médiím, a tím ani pozornosti veřejnosti. Funkci laické komise zveřejnil vzápětí tisk i nově se rozmáhající televize (např. v roce 1965 se vysílal dokument s názvem „Kdo bude žít?“), které se soustředily nikoli na úspěchy léčby, ale kriticky komentovaly činnost komise. Vyvolávaly tak četné reakce a diskuze o problému výběru pacientů. Podle tehdejších autorů se v reakcích na situaci lze dočíst o „bumerangovém“ efektu vlivu médií v podobě nátlaku na lékaře. Pobouřená veřejnost totiž vyvíjela na minimum existujících dialyzačních pracovišť nesmírný nátlak ve smyslu požadavků na zvýšení jejich úsilí, čímž byli ohroženi i stávající pacienti (Parsons, 1967).

¹⁵³ Angl. *Death Committees*

Přes určité odvrácené strany zveřejňování problému, medializace nakonec znamenala důležitou součást strategie řešení nedostatku dialyzačních kapacit, a tím i matematiky milosrdenství, stejně jako před tím v případě pacientů s akutním poškozením ledvin. Je žádoucí, aby veřejnost o podobných situacích měla relevantní informace, protože je zapotřebí, aby pochopila jejich závažnost a svou roli v celé problematice. Tato role spočívá v nutnosti pochopit obtížnou situaci a solidárně podpořit nějakou formou spoluúčasti rozvoj podobného typu léčení.

Lze se ztotožnit s tezí, kterou Z. Pinc (1999, s. 28) poeticky vyjádřil příměrem antických Řeků: *„Jako je moře schůdné, tj. splavné, pouze v době, kdy sinusoida vln je přiměřená, kdy hladina moře limitně směřuje k ideální rovnosti, i terén obce je schůdný jenom potud, pokud jednotliví občané usilují o zmenšování rozdílů mezi znamenitými a bohatými a těmi méně znamenitými a chudými“*.

Podobně je možné také souhlasit s I. Illichem (2012, s. 274–275), který mj. uvedl, že: *„Úroveň veřejného zdraví koresponduje se stupněm, do jakého jsou prostředky a zodpovědnost pro vypořádání se s nemocí distribuovány mezi celou populaci.“*

Nelze než přitakat k veřejně vyjádřenému názoru nefrologa F. M. Parsonse (1976), který jej tehdy zveřejnil v britském vědeckém periodiku: *„Jak bude vypadat život pacienta léčeného intermitentní dialýzou, není v tuto chvíli jasné, ale u pacientů, kteří žili déle než pět let, se může ukázat, že překračují délku života u pacientů s jinými nevléčitelnými nemocemi. Potřeba dlouhodobého plánování je jasná, ale kdo ponese konečnou odpovědnost? Je zřejmé, že se musí jednat o celou společnost a musí jí být předložena úplná fakta. Ekonomiku nelze ignorovat, protože zřízení komplexní dialyzační služby nakonec dosáhne ročních nákladů několika milionů liber, odhaduje se totiž, že každý rok bude nutno léčit nejméně 30 nových pacientů na milion obyvatel. Pokud se společnost rozhodne, že tato forma terapie bude zavedena, pak lékaři musí trvat na tom, že jiné lékařské služby (některé možná pro společnost životně důležitější) nesmějí být zkráceny. Pokud se společnost rozhodne léčit každého vhodného pacienta, pak to nevyhnutelně znamená buď odpovídající zvýšení národního bohatství, nebo (pokud se to nenaplní, o něco méně pro každého člena společnosti. Pravidla tak musí být jasně stanovena a stejně tak politická rozhodnutí, přičemž musí být informováni odborníci lékaři a průmysl (kdo bude zařízení dodávat).“*

B. H. Scribner tak v podobném duchu výše uvedených úvah nezůstal jen u vybudování ambulantního centra a definování prvních pravidel matematiky milosrdenství, ale pomohl k řešení problému na vládní úrovni. Pomohlo mu i přátelství se senátorem H. Jacksonem, jehož ovlivnil fakt, že jeho známý podstupoval hemodialyzační léčení. Na naléhání B. H. Scribnera pak H. Jackson prosadil v roce 1965 první zákon, jenž umožnil pacientům čerpání vládní podpory na dialýzu a rozvíjející se transplantaci. V roce 1972 tak tento zákon přispěl k důležitému rozhodnutí amerického Kongresu, aby schválil první právní předpisy, které vedly k programu pojištění pro všechny renálně selhávající pacienty ¹⁵⁴ (Blagg, 2012).

Stejně jako B. H. Scribner přispíval k řešení také J. P. Merrill. Tím, že byl velice aktivní v různých odborných společnostech, publikoval, oponoval kritikům a zval opakovaně na své pracoviště odborníky z celého světa (obdivuhodné je, že kooperoval s více než 62 spolupracovníky, kteří pocházeli z nejméně 29 zemí, stejně jako s více než 105 americkými kolegy z nejméně 26 států), své ideje nakonec prosadil. Myslel i na kritiku v oblasti financování chronicky nemocných pacientů a přesvědčoval členy amerického Kongresu, aby poskytli prostředky na rozvoj této léčby. Stal se také jedním ze zakladatelů Mezinárodní ledvinové nadace, která pak dotovala v USA nově vznikající dialyzační centra (Epstein, 2009).

Podobným způsobem řešili situaci J. W. Kolff a N. Alwall, kteří, jak již bylo uvedeno, nejenže stále vylepšovali techniku, zakládali a působili v řadě organizací, propagovali zde zakládání center pro pravidelné dialyzační léčení, ale oslovovali i veřejnost a politiky s prosbou o podporu, což se také postupně dařilo.

Podle údajů A. Válka na mezinárodním kongresu EDTA v roce 1966 v Evropě N. Alwall v diskuzi uvedl, že PDL se stalo klinickou metodou, ale s politickými souvislostmi, a to zejména v zemích, kde je medicína socializovaná. Tam, kde o zřizování hemodialyzačních středisek rozhodují politici a střediska jsou placena z peněz daňových poplatníků se omezením nemohou stát peníze, může jím však být nedostatek kvalifikovaných odborníků. Od lékařů se pak očekává dodání „správných čísel“ politikům tak, aby ti mohli zodpovědně rozhodovat (Válek, 1973).

¹⁵⁴ Angl. *Medicare End Stage Renal Disease*

Důležitou okolností při řešení problémů byla „otevřenost diskuzí“ ve společnosti. Lékaři ve svobodných zemích (USA, Kanada, západní Evropa) mohli seznamovat s problémy PDL nejen další odborníky, ale i ekonomy a politiky i veřejnost. Při koncipování zdravotní politiky v ekonomicky rozvinutých státech tak již mohlo být počítáno s potřebností a akutní naléhavostí rozvoje oboru nefrologie a zdroje tam mohly být alokovány.

Tento proces byl ale nesmírně zdlouhavý a náročný. Podrobnosti pohnuté historie „výborů smrti“ včetně politických souvislostí lze najít např. v publikacích přímého účastníka této historie již zmiňovaného Chr. R. Blagga (Blagg, 2007; 2012).

Dá se konstatovat, že specifické etické problémy doprovázející vznik a rozvoj PDL svým dílem přispěly i k otevření veřejné diskuze o problémech, které nové technické možnosti medicíny lékařům i pacientům přináší. Tato diskuze významným způsobem přispěla k formování lékařské etiky (bioetiky) jako oboru a ke vzniku etických institucí zabývajících se lékařskou etikou. Následně byla i jednou z příčin formulace významných etických i právních dokumentů, které reflektovaly tehdejší nová etická dilemata. Dokladem uvedené skutečnosti může být fakt, že výše uváděná komise s B.H. Scribnerem v čele sehrála později významnou úlohu při ustavení bioetiky jako oboru v USA¹⁵⁵. Sám B. H. Scribner je dodnes považován za významného činitele v oblasti bioetiky v USA (Blagg, 2012).

Zatímco v rozvinutých státech světa bylo v 80. letech 20. století mnohde dosaženo dostačující kapacity hemodialyzačních lůžek, v Československu tomu tak stále nebylo. Faktorů, které se na tristní situaci podílely, bylo více.

V roce 1973 A. Válek (1973) a jeho tým shrnul v další knize dosavadní zkušenosti a problémy s pravidelným dialyzačním léčením. Určitou ukázkou některých potíží nefrologů v této době může být konstatování v předmluvě knihy. A. Válek zde uvedl, že rozmach nefrologie je značný a ve světě existuje velký počet publikací na toto téma. Nicméně je u nás nelze získat, a proto cítí potřebu informovat domácí odbornou veřejnost o svých vlastních poznatech a zkušenostech s dialýzou.

¹⁵⁵ Za zakladatele lékařské etiky v USA je považován J. Fletcher (Haškovcová, 2015).

A. Válek a jeho spoluautoři (1973) mj. v knize uvedli tehdejší indikační kritéria pro zařazení do pravidelného dialyzačního léčení. Podle nich by pacienta do PDL měl přijímat lékař na základě svého odborného úsudku a měl by mít na paměti prospěšnost takové léčby. Zdůraznili, že léčba je drahá, kapacitně nedostačuje pro všechny potřebné. Nabídli proto tři základní indikační okruhy, které má lékař posoudit a zvážit na jejich základě přijetí pacienta k léčení. Navrhovali zařadit pacienty bez přidružených chorob a nemocné mladší 50. let, a to vzhledem k malému výskytu komplikací. Nicméně zcela nevyloučili ani možnost dialyzovat pacienty s dalšími onemocněními či starší nemocné a dokladovali tuto skutečnost několika úspěšnými příklady ze svého pracoviště. Stejně tak zrelativizovali původní kritéria platná v zahraničí, která se týkala psychického stavu. Původně byl špatný psychický stav považován za kontraindikaci dialyzačního léčení. Tým A. Válka však zjistil, že tento stav je součástí uremického syndromu, tudíž se psychické funkce po zařazení do léčby (vlivem snížení katabolitů v krvi) naopak zlepšují. Mezi onemocnění, která naopak vhodná k léčbě nejsou, zařadili závažné systémové choroby, jako nádorové bujení, některá krevní onemocnění, vyšší stupně arteriosklerózy s rozvinutým postižením mozku a srdce nebo závažná psychická onemocnění (psychózy, oligofrenie). Nicméně doporučoval i v těchto případech individuální posouzení klinického stavu. Do kategorie absolutně neléčitelných zařadili nemocné v rozvinutém uremickém kómatu. Péče o tyto pacienty byla natolik náročná, že omezovala péči o ostatní nemocné, navíc se ukázala bezvýslednou. Naopak jako významné faktory podstatné pro zařazení nemocných do PDL hodnotili ochotu ke spolupráci a schopnost rehabilitace nemocných nebo vhodné rodinné prostředí, které se mohlo stát oporou nemocného s chronickou chorobou. A. Válek si následně kladl otázky další perspektivy chronicky nemocných pacientů. Uvažoval o dalším vývoji PDL a jeho organizaci. Za základ pro další koncepci považoval propočítání budoucího vývoje nárůstu počtu pacientů s chronickým selháním ledvin. Při jeho předpokladu, že by se zařazovali do PDL jen pacienti mladší 60 let a ti by nebyli transplantováni, mělo by se číslo zastavit na 500 pacientech/1 milion obyvatel. Pokud by se pokračovalo v přijímání pacientů mladších 50 let, neměl by maximální počet přesáhnout 250 pacientů/1 milion obyvatel. Do svých výpočtů A. Válek zahrnul i předpokládanou mortalitu dialyzovaných nemocných.

Osud PDL ovšem nespočíval výhradně v rukou lékařů. V této době zasahovaly do vývoje terapie především celospolečenské události. J. Erben (2000) opakovaně vzpomínal na kritickou ekonomickou situaci československého zdravotnictví konce 60. let 20. století. Psal o nutnosti pořízení nových přístrojů, jako nezbytné podmínce pro další rozvoj dialyzačního léčení.

Podrobně události, které ovlivňovaly zdravotnictví, a tím i rozvoj PDL, popsal nefrolog J. Jirka (2009) v textu nazvaném Brodova skupina a strana a vláda očima Jiřího Jirky. Uvádí na několika příkladech ze svého okolí, jak bylo důležité nejen pro profesní růst, ale i pro celé pracoviště, být členem tehdy vládnoucí Komunistické strany Československa (dále KSČ). Jako straníci měli lékaři daleko větší šanci pozitivně ovlivnit vývoj svého oboru. Směli se účastnit některých zahraničních akcí, mohli zasahovat do organizace pracoviště. Někdy členství v KSČ přinášelo výhody v podobě navazování známostí s významnými vysoce postavenými politiky, kteří následně pracoviště podporovali. Tito zainteresovaní politici byli také schopni zastat se špičkových nefrologů, kteří nebyli členy strany, čímž nebyli žádoucími pro vedoucí pozice na pracovišti. J. Jirka nazývá tuto roli „institucí ochránců“ a považuje ji za klíčovou nejen pro rozvoj, ale i pro záchranu těch, kterým hrozilo propuštění nebo přeřazení na nižší pracovní pozice. V některých případech bránili tito ochránci i hrozícímu uzavření pracovišť (např. ÚCHOK). J. Jirka dále líčí, jak vysocí političtí představitelé KSČ sledovali své zájmy, a vstupovali tak do organizace zdravotnictví, např. bylo tímto způsobem bráněno v zahájení PDL s argumentací, že je nákladné. Mnohdy naopak požadovali dialyzování pro své nemocné známé a snažili se obcházet oficiální postupy, tj. nerespektovali tehdejší čekatelské seznamy. Celé situaci neprospěl ani fakt, že mnoho našich vynikajících odborníků z politických důvodů v roce 1968 emigrovalo (jedním z nich byl i např. výše uvedený J. Brod a podstatná část odborníků z ÚCHOK).

Na druhou stranu je spravedlivé uznat, že některé projekty by bez podpory státu nemohly být realizovány, např. podpora projektu TPL, podpora vývoje československé techniky (byť s diskutabilními výsledky) nebo změny organizační ve smyslu budování nových pracovišť (Erben, 2009; Sobotová, 2009; Lopot, 2009a).

Tehdejší eticky problematickou situaci dialyzačního léčení u chronicky nemocných dokladuje i Sborník prací z r. 1974 z III. celostátní nefrologické konference s názvem *Dialyzačná liečba a transplantácia obličiek*, která proběhla v roce 1971 v Plzni. V části nazvané *Panelová diskusia o chronickom intermitentnom programe* je zaznamenána diskuze lékařů na téma výběru nemocných do pravidelné dialyzační léčby.

V úvodu příspěvku popsali autoři (všichni významní představitelé československé dialyzační léčby např. J. Erben, A. Válek, R. Tomášek, J. Jirka, K. Opatrný, M. Mydlík aj.) stávající stav PDL. Z jejich údajů vyplývá, že se během několika let počet prováděných dialyzačních výkonů v Československu zvýšil. J. Erben porovnal počty výkonů a uvedl, že v roce 1967 jich bylo provedeno celkem 709, zatímco v r. 1970 jejich počet stoupl na 6 722, což byl nepochybný úspěch. Přesto dialyzačních přístrojů, a tím i lůžek, bylo v roce 1970 v praxi k dispozici jen 68 a z tohoto počtu bylo pouze 40 lůžek určeno pro chronicky nemocné. J. Erben však odhadoval roční potřebu na 30 300 výkonů hemodialýz, a tím stanovil potřebu mít k dispozici cca 550 dialyzačních lůžek pro chronické pacienty. Konstatoval také, že pro naplnění kapacity chybí 110 dialyzačních přístrojů a 172 proškolených zdravotníků. A. Válek naproti tomu odhadoval reálnou potřebu dialyzačních lůžek odlišně. Stanovil počet pacientů s potřebou chronické léčby průměrně na 140–155, maximálně 170 za rok. Do svých výpočtů zahrnul i různé další faktory, jako věk pacientů a jejich úmrtnost. Podle jeho výpočtů by tak mělo stačit 12 dialyzačních lůžek na jeden milion obyvatel¹⁵⁶. I přes tento nižší odhad byl požadavek na počet dialyzačních přístrojů a lůžek pro chronické pacienty stále daleko vyšší, než odpovídalo reálnému stavu v praxi. Dokladem neradostného stavu tehdejšího PDL je i záznam existence etických problémů v diskuzi výše uvedených autorů, a to ohledně kritérií (matematiky milosrdenství) k zařazení pacientů do PDL. Při diskuzi lékaři konstatovali, že z důvodu již naplněné kapacity dialyzačních pracovišť nemohou přijímat další pacienty, proto jsou nuceni provádět výběr nemocných a stanovit podmínky, za kterých je možné nemocné přijmout. J. Erben uvedl skutečnost, že právní oddělení tehdejšího ministerstva zdravotnictví potvrdilo, že zákony nepovolují zřízení etických komisí pro výběr pacientů, zatímco v USA podobné komise fungují. A. Válek potvrdil, že laické komise pro výběr pacientů existují pouze v Seattle v USA, ale ve zbytku USA a v Evropě je rozhodováno pouze na podkladě medicínských kritérií. S touto ideou se všichni lékaři ztotožnili a shodli se, že odmítají jiná než medicínská hlediska pro výběr pacientů, nicméně stávající situace vyžaduje stanovit nějaký jasný postup výběru nemocných do pravidelného dialyzačního léčení. K výše popisovaným kritériím, která formuloval A. Válek, lékaři přidali požadavek na striktní dodržování příslušnosti do krajské spádové oblasti (zařazování pacientů do programu dialyzačního pracoviště pouze v tom kraji, ve kterém měli trvalé bydliště), kterou tehdy nazývali „rajonizací“ pacientů.

¹⁵⁶ V roce 1970 žilo v Československu 14 344 987 obyvatel. Český statistický úřad [online] [citace: 2019-11-05]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/sldb/ceskoslovenske_scitani_lidu_1970

P. Raška doporučil kolegům ke zvážení včasnou dispenzarizaci nefrologicky nemocných, která by umožnila v dostatečném předstihu rozvažovat o potřebě zařazení pacienta do dialyzační léčby. Vznesen a přijat byl i požadavek na přednostní přijetí nemocných, kteří mají možnost získat dobrovolného dárce ledviny se shodnou krevní skupinou a tkáňovou kompatibilitou (HL-A systém). Uvažována byla i možnost, zda by se kapacita dala navýšit omezením frekvence a délky jednotlivých dialýz. Lékaři uzavřeli diskuzi tím, že zahájení a léčba závisí na klinickém stavu pacienta, jeho laboratorních výsledcích a na léčebných možnostech. Podle jejich mínění pacienty není možné poškozovat menší frekvencí či omezením času dialýzy. Jako problematické se ukázalo i zajišťování dialýz pro pacienty s akutním poškozením ledvin. Odborníci se shodli, že akutní pacienti by měli být dialyzováni tam, kde je s dialýzou nejvíce zkušeností, tedy na stávajících pracovištích. To se však ukázalo při jejich naplněnosti jako svízelné, přestože počet těchto pacientů nebyl vysoký (asi 120 pacientů ročně). Lékaři tedy určili pro akutní případy taktéž spádovou příslušnost, zároveň ale stanovili podmínku, že léčba akutního poškození ledvin má přednost před léčbou chronického selhání, a to z důvodu možného návratu pacientů k plnému zdraví. Vyslovili také požadavek na vytvoření nových lůžek speciálně určených pro akutní případy, která by měla být součástí stávajících pracovišť. Aby lůžka byla plně využita i v době, kdy se neléčí pacient s akutním poškozením, měla by v mezičase sloužit pro chronické pacienty, u kterých se vyskytly komplikace (Erben et al., 1974).

Přes výše uváděné vymezení se lékařů vůči výběrovým komisím vyšla v roce 1980 kniha s názvem *Nefrologie*, v níž její autor O. Schüek (1980) uvedl, že zařazení nemocného do chronického intermitentního programu bylo dáno rozhodnutím komise příslušného hemodialyzačního centra. Tuto skutečnost potvrdila i J. Lachmanová (2009), která ve své kapitole v knize *Hereditatis petitio české nefrologie*, taktéž píše o existenci podobných komisí.

Podle informací jednoho z respondentů mnou realizovaného výzkumu v tomto období diagnózu nezvratného selhání ledvin určovali nejčastěji internisté, protože pacienti s rozvíjejícími se klinickými příznaky selhání ledvin byli většinou hospitalizováni na interních odděleních nemocnic. Tito lékaři pak kontaktovali vedoucího pracovníka hemodialyzačního pracoviště. V Praze a Středočeském kraji pro tyto účely existovaly dvě komise (jedna pro Prahu a jedna pro Středočeský kraj), které posuzovaly pacienty jako kandidáty vhodné k PDL. Tyto komise byly složeny z lékařů HDS, přítomen byl i předseda tehdejšího Národního výboru a „nějaká soudružka“. Zde se pak jednalo o konečném výběru pacienta z předem navrženého seznamu a dělaly se i různé „výměny“, které zahrnovaly různé praktiky: „*my vám vezmeme toho vašeho známého a vy nám za to dovolíte vzít tu matku s dětmi*“ (Respondentka 2).

V roce 1975 vyšla kniha H. Haškovcové (1975) s názvem *Rub života – líc smrti*, v níž zhodnotila své bohaté zkušenosti z oblasti péče o těžce či nevléčitelně nemocné. Odborně, ale srozumitelným způsobem, předložila úvahy o životě a smrti odborníkům i laikům. V kapitole s příznačným názvem *Spoutaný život* popsala konkrétní psychické obtíže pacientů a ošetřujících členů týmu, se kterými se setkávala ve své praxi. Pojednala také otevřeně i o etických problémech, které provázely (a některé z nich dodnes provázejí) PDL (a další obory), např. specifickou a obtížnou problematiku pravdy na nemocničním lůžku. Tehdy se všeobecně praktikovala tzv. milosrdná lež (*pia fraus*), pacientům se cíleně zamlčovala závažnost jejich onemocnění v přesvědčení, že pravda by jim ublížila. Výsledky rozhovorů s nemocnými akutní leukémií a těmi, kteří se léčili na dialýze, ukázaly jinou skutečnost. Většina nemocných s hemoblastózou o svém závažném stavu věděla nebo si vědět přála. I přesto dál dominovala strategie milosrdné lži, nebo později tzv. pravdy po kapkách. Takové způsoby částečného sdělování se však v případě nemocných v PDL nemohly uplatnit. Pacient zařazený do PDL musel včas získat od lékařů pravdivé informace. Důvod této praxe byl ryze praktický. Pokud by dialyzovaný pacient o závažnosti svého stavu nevěděl, podcenil by například pravidelnou a přesně časově ordinovanou docházku do HDS, čímž by ohrozil na životě sebe i další pacienty, kteří by na svou dialýzu docházeli např. časovým zpožděním. Také souhlas pacienta s případnou transplantací ledvin mohl udělit (nebo odmítnout) jen plně informovaný pacient. V uvedené době tak byli dialyzovaní pacienti výjimkou, protože se jim sdělovala plná pravda. Jeden z respondentů k tomuto problému při rozhovoru dodal, že důvodem sdělení pravdy bylo i to, že se jednalo „jen“ o selhání ledvin, nikoliv o „rakovinu“, „nádor“ a podobné pojmy, o kterých se ví, že vyvolávají v pacientech nadměrný strach, tudíž sdělení bylo snazší (Respondentka 2).

Lékaři měli situaci týkající se sdělování plné pravdy podstatně složitější ve chvílích, kdy konstatovali, že jejich pacient potřebuje PDL a současně věděli, že přístrojů je málo. A. Válek (1973) se svými spolupracovníky doporučili ve své knize lékařům v terénu postupovat tak, že pokud zjistí, že pacientovi nezvratně selhávají ledviny, měli by si nejprve zjistit, zda je volná kapacita v příslušném HDS, a pak teprve mohou pacienta o závažném stavu informovat. Pokud by však lékař zjistil, že místo na dialýze není k dispozici, neměl by pravdu o závažné nemoci sdělovat ani nemocnému, ani jeho příbuzným. Také by neměl podávat informace o tom, že dialyzační léčba existuje, neboť jakékoliv zmínky o této možnosti by mohly způsobit značnou traumatizaci jak nemocným, tak jejich blízkým. Navíc reakcí dotčených by mohly být i přehnané intervence na různých politických místech. Uvedený postup, jakkoli v čase nouze dialyzačních přístrojů patrně nezbytný, de facto odsoudil řadu nemocných k brzké smrti.

Na tyto potíže vzpomínají S. Dusilová Sulková a V. Tesař následovně: *„Být klinickým nefrologem v Československu v 60.–80. letech 20. století tedy nebylo i z etického hlediska snadné. Pokud bylo u pacienta diagnostikováno chronické onemocnění ledvin, např. biopticky prokázaná glomerulonefritida, byl pacient léčen tehdy dostupnými omezenými léčebnými prostředky (zejména kortikosteroidy anebo cyklofosfamidem), situace se ale stávala pro lékaře velmi nepříjemnou, pokud pacient na léčbu omezeně reagoval a progredoval do chronické renální insuficience a chronického selhání ledvin. Pokud šlo např. o mladého pacienta se systémovým lupus erythematoses nebo pacienta staršího 50 let, muselo být pro ošetřujícího nefrologa extrémně obtížné říci pacientovi, kterého sledoval a léčil mnoho let, že ho v případě blížícího se selhání ledvin nebude možno léčit dialýzou. Ze vzpomínek kolegů víme, že vzhledem k nemožnosti pacienta léčit dialýzou a na léčbu dialýzou ho připravit byly někdy pacientům intervaly klinických kontrol spíše prodlužovány a někteří lékaři zřejmě složitému etickému dilematu unikli tím, že pacient, kterého s nemožností zajistit pro něj dialyzační léčbu neseznámili, zemřel...“* (Dusilová Sulková, Tesař, 2015, s. 87).

V roce 1982 napsal A. Válek a jeho spolupracovníci v knize určené pacientům v PDL, že: „*Hemodialýza je nákladné léčení. Každá lidská společnost má jen omezené ekonomické možnosti. Proto je nutno přednostně léčit nemocné, kterým může nejvíce prospět.*“ (Válek, Haškovcová a Válková, 1982, s. 37). Stanovili tak nově tři indikační okruhy, a to s omezenou, střední a volnou indikační šíří. Do prvního okruhu zařadili pacienty do 50 let s izolovaným onemocněním ledvin, a to z důvodu zkušenostmi ověřené největší vhodnosti k TPL. Do druhého okruhu pak patřili pacienti, kteří sice měli izolované onemocnění ledvin, ale mohli být i starší než 50 let. Ti představovali skupinu, která zůstávala trvale v PDL, protože TPL pro ně byla nebezpečná (z důvodu nedostatečně rozvinutých technologií TPL). Třetí okruh indikovaných měl jen etická omezení, tedy v tomto okruhu již vyšší věk a přidružené nemoci nepatřily mezi kontraindikace, ale důležitým faktorem pro rozhodnutí lékařů k doporučení léčby hemodialýzou byla její prospěšnost pro pacienta. A. Válek a jeho kolegové také uvažovali o ceně lidského života a porovnávali situaci pacientů s chronickým selháním ledvin se situací jiných nemocných, např. tuberkulózních nebo duševně chorých, na jejichž léčbu společnost vynakládala taktéž vysoké částky. Při tomto srovnání apelovali na čtenáře knihy, aby se zamýšleli i nad tím, že ekonomicky rozvinutá společnost je mnohdy ochotná investovat obrovské částky do zbrojení či zábavního průmyslu. Podle nich, pokud stát garantuje právo občanů na zdravotní péči ústavou, je nutné vytvoření dostatečných zdrojů a zejména, aby odborníci a finanční zdroje přednostně směřovali tam, kde „*nejen zachrání život, ale vrátí nemocného společnosti*“. Zdravotní péči tak považují za politickou otázku a péči o zdraví za „*politickou odpovědnost*“ (Válek, Haškovcová a Válková, 1982, s. 145).

Podle V. Tesaře a S. Dusilové Sulkové (2015) se stal kritériem pro přijetí pacienta k PDL i jeho souhlas s případnou TPL, protože vyjma úmrtí pacienta byla úspěšná TPL jedinou možností, jak uvolnit dialyzační lůžko. Ne všichni pacienti však chtěli podstoupit TPL, a proto se stávalo, že nejprve s podmínkou souhlasili, ale po přijetí do PDL začali TPL odmítat.

Někteří z dialyzačních lékařů pak na ně z pochopitelných důvodů opakovaně apelovali, aby TPL absolvovali, a uvolnili tak vzácné lůžko (Tesař, 2014).

Z výše uvedeného textu vyplývá, že rozhodování lékařů (event. lékařských komisí) u nás bylo výrazně ztíženo panující politickou a ekonomickou situací. Tím, že byla navíc odpírána lékařům možnost o podobných problémech hovořit otevřeně a veřejnost se oficiálně o omezených dialyzačních kapacitách nedozvídala, situace stagnovala. Lékaři tak byli nuceni léčit ve svazujících a psychicky neúnosných pravidlech matematiky milosrdenství v podstatě až do první poloviny 90. let 20. století. Přesto svůj boj nevzdávali a různými cestami se snažili o zlepšení situace (je nutné upozornit na příslovečné „zlaté ručičky“, protože se nad rámec svých lékařských povinností snažili o vylepšení poměrů rozvíjením a sháněním techniky a dalších alternativ léčby).

Důležitým faktorem pro další osudy PDL se stal vznik svépomocných skupin pacientů, které se začaly etablovat v tehdejší Západní Evropě. Členové skupin, díky svým zkušenostem v roli nemocných, dávali impulzy k potřebným proměnám zdravotní politiky (Schott, 1994). Určité informace o podobných sdruženích pronikly i k nám. Někteří pokrokoví (nutné je dodat, že i odvážní) jedinci se i pod vlivem těchto skutečností rozhodli situaci řešit více otevřeným způsobem.

28. 9. 1989 tak vzniklo (na rekreační dialýze v zámečku Favorit) z iniciativy lékaře R. Honzáka (inspirovaného tehdy zkušenostmi z cesty ze zahraničí) občanské sdružení – příspěvková organizace Společnost dialyzovaných a transplantovaných nemocných, jejich rodinných příslušníků a přátel dialýzy (dále Společnost DaT). Jak vzpomíná v rozhovoru R. Honzák, musely být vypracovány natolik „diplomatické“ stanovy, aby mohly být přijaty odpovědnými osobami. Tehdejší politici se podobných aktivit obávali, naštěstí však jeden z odpovědných činitelů měl osobní zkušenost s PDL, tudíž za další podpory činitelů z IKEM i HDS na Strahově v Praze nakonec byly stanovy budoucí Společnosti DaT schváleny a činnost zahájena (Podholová, 2019).

Sdružení začalo vydávat informativní časopis pro dialyzované s názvem Stěžeň, jehož šéfredaktorem se stal právě R. Honzák a do něhož mohli přispívat jak odborníci, tak i pacienti nebo jejich blízcí. Časopis bez přestávky vychází dodnes (je vydáván čtyřikrát ročně a s podporou MZ ČR je distribuováno více než 2000 kusů zdarma) (Jelínek 2009; Vlasák, 2009). Cílem sdružení podle jednoho ze zakládajících členů R. Jelínka bylo zveřejnit potřeby takto nemocných, ale hlavně upozornit na dlouhotrvající situaci nedostatku dialyzačních míst v kontextu nedodržování základních lidských práv. V přátelské atmosféře rekreační dialýzy byl formulován program této organizace, vyjádřený stručným a jasně formulovaným požadavkem: „*My dialyzovaní nechceme jen přežít, ale chceme žít, a žít život co nejkvalitnější.*“ (Jelínek, 2009, s. 314).

Do počátků fungování Společnosti DaT následně vstoupily celospolečenské změny počínající listopadem 1989. Podstatnou událostí pro změnu situace PDL se tak v roce 1990 stalo uspořádání semináře pod gescí Společnosti DaT s názvem Dialýza a právo na život s hlavní, do té doby veřejně nediskutovanou tezí „*práva na život nemocných s nezvratným selháním ledvin*“ (Jelínek, 2009, s. 315). Pod vedením moderátora diskuze nefrologa Š. Vítka byl zformulován základní požadavek nemocných v tom smyslu, že pokud je metoda léčby známá, ani stav ekonomiky, ani politická situace nemůže být důvodem k upírání práva na tuto léčbu. Tyto jasně vyslovené požadavky ze strany samotných nemocných se staly významným podpůrným prvkem pro další snahy nefrologů k budování dalších dialyzačních kapacit. Na jejich podkladě byla ustavena komise MZ ČR, která měla řešit nedostatek dialyzačních kapacit. Do této komise měl přístup i zástupce Spolku DaT. Spolek DaT nezustal jen u těchto aktivit, ale snažil se oslovit i širokou veřejnost. Karlovarští výtvarníci (pod vedením V. Balšána) zorganizovali prodejní výstavu, kde moderátor (lékař) seznámil návštěvníky s problémy, kterým nefrologie i pacienti čelí. Zisk z výstavy (tehdy 50 000 Kčs) byl využit na dialyzační účely. Následovaly veřejné debaty v médiích a mezi širokou veřejností pronikaly pravdivé a nezkrácené informace o neradostném stavu českého dialyzačního léčení (Jelínek, 2009), které přispěly k řešení nedostatku dialyzačních míst.

R. Honzák a L. Jelínek (dlouholetý prezident Společnosti DaT), kteří při příležitosti 30. výročí vzniku Společnosti DaT vzpomínali na její začátky, konstatovali, že, ne všem se činnost Společnosti líbila. R. Jelínek k tomu uvedl: „*Ve spolupráci s doktory, kteří nám fandili, se o nás dozvěděli další pacienti. Ale byli i tací, kteří byli proti. Dodnes k tomu mají lékaři ambivalentní vztah. Bojí se, že jim do léčení budeme agresivně povídat. Stěžejní byl totiž například vůbec první časopis, který uveřejnil práva pacientů. Ty přivezl Radkin Honzák z Evropy. Lékařům se taková svobodomyslnost samozřejmě nelíbila. Málokdo to doteď umí uchopit a žít s tím – pacienti i lékaři*“ (Podholová, 2019).

Na obavy lékařů lze odpovědět slovy H. Haškovcové (2015, s. 66–67) a J. Šetky obsažených v důvodové zprávě k vyhlášení etického kodexu Práv pacientů: „*Obávají-li se někteří lékaři, že nátlak na dodržování práv pacientů je ohroží, pak nelze než zvýšeně trvat na jejich vyjádření a dodržování. Rozpor mezi proklamovanými právy nemocných a praxí by měl být nulový. Zvýšené obavy lékařů plynou patrně z rozporu, který existuje.*“

6 Pravidelné dialyzační léčení v letech 1989–2020

Dialyzační léčení se v posledních dvou desetiletích postupně dostalo na úroveň, která je detailněji popsána v kap. 3 nazvané Uvedení do problematiky náhrady funkce ledvin. Během tohoto období jsme v dialyzační aktivitě, ale i technice, či kvalitě léčby dostihli ekonomicky rozvinuté státy, některé z nich jsme v určitých ohledech dokonce předčili. Dnes jsou u nás dialyzováni všichni potřební pacienti téměř bez limitů a jejich terapie probíhá na stejné úrovni (mnohdy dokonce lépe) jako v kterékoliv ekonomicky vysoce rozvinuté zemi. Opět však nelze říci, že by proces dialyzačního rozvoje uplynulých dvaceti let nebyl zcela bez problémů, a to včetně těch etických.

Na počátku 90. let 20. století byla v ekonomicky rozvinutých zemích světa řešena především kvalita a délka života pacientů v PDL (snaha omezit vysokou mortalitu). Pozornost tak byla věnována účinnosti a adekvátnosti dialýzy nebo mnoha komplikacím (včetně psychických a sociálních následků), které dlouhodobá léčba v PDL přináší. Odborníci se zaměřovali mj. na diagnostické postupy, optimalizaci cévních vstupů, zaváděli nové léky i postupy rehabilitace. Nadále byla rozvíjena metoda TPL. Důraz byl kladen na často narušenou kvalitu života nemocných s cílem ji objektivně měřit a pomoci co nejlépe zvládnout potíže, které PDL přináší. Dialyzační technika se stále zdokalovala, např. ve smyslu digitalizace přístrojů, jejich vyšší bezpečnosti a šetrnosti pro pacienta, zjednodušení přípravy pro dialyzační tým, a také snah přiblížit ji co nejvíce funkci nativních ledvin, např. ve smyslu zavádění nových modalit dialýzy (např. kontinuální metody) či doplňkových komponent dialyzačních přístrojů.

Naše země v uvedeném období stále zůstávala v dialyzační aktivitě daleko za ekonomicky rozvinutými zeměmi Evropy (ostatní státy bývalého Východního bloku na tom byly podobně, některé dokonce ještě hůře).

Pád politického režimu v listopadu 1989 přinesl i četné diskuze a kritiky stavu československého zdravotnictví. Ukazovalo se, že budou nutné nemalé změny. Proměny celého zdravotnického systému se ve velké míře promítly i do PDL, stejně tak jako doprovodné problémy transformačního procesu. Uvolnění politických poměrů, otevření hranic, změny v organizaci zdravotnického systému (více v kap. 2.2 Zdravotnické systémy na našem území a etické souvislosti), možnost zveřejňování problémů a akceptace individuálních práv pacientů, přineslo do PDL nebyvalý rozmach, ale také řadu nových problémů, včetně těch etických.

Do tohoto období spadá zrychlující se budování nových hemodialyzačních pracovišť¹⁵⁷ po celé republice, které souviselo s nově otevřenou možností podnikat a počínající privatizací některých zdravotnických zařízení. Začala být jednak provozována první soukromá střediska, a to i samotnými nefrology, (např. A. Válkem nebo J. Erbenem a dalšími). Některá ze stávajících HDS byla prodána nebo nemocnicemi svěřena do pronájmu soukromým zahraničním firmám, které měly zájem o nově otevřený trh.

Zdravotnická zařízení byla poměrně rychle dovybavována dosud nedostupnou technikou a současně pestrou nabídkou farmak, což bylo finančně podpořeno výkonovým typem úhrad (Drbal, 2005).

90. léta 20. století byla ve znamení vzniku nových právních dokumentů i v oblasti dialyzačního léčení, které se týkaly nejen nové organizace, financování, personálních věcí, provozně technických norem a pravidel pro provozování dialýzy (Lopot, 2000).

Podle vzpomínek nefrologů I. Rychlíka, V. Tesaře, S. Dusilové Sulkové a J. Lachmanové (2009) sehrála velkou roli v proměnách organizace a financování stávajícího dialyzačního léčení ČNS ČLS JEP, po rozdělení federace etabloující se na samostatnou společnost pod názvem Česká nefrologická společnost. Zástupci ČNS se stali vyjednávači výše úhrad, a to jednak za poskytovanou zdravotní péči, jednak za léky při poskytování dialýzy. Tato jednání probíhala se zástupci zdravotních pojišťoven a Ministerstvem zdravotnictví ČR. Vyjednávali také poskytnutí dotací na pořízení nových přístrojů (např. v roce 1993 bylo u nás 502 dialyzačních přístrojů a z toho jich třetina byla plně amortizovaná). Součástí jednání byly i schvalovací procesy k zakládání nových HDS. Protože podobné aktivity byly komunikačně náročné a problematické, ČNS pro ně ustavila (ale i pro další koncepci oboru) dvě poradní komise (Dialyzační a Transplantační komisi). Důležitou součástí činnosti ČNS bylo navázání partnerství s firmami zabývajících se podnikáním v oblasti nefrologie.

¹⁵⁷ Chronologicky řazeno: Chrudim (1990), Bruntál, Česká Lípa, Frýdek Místek, Jeseník (1991), Praha (Kukučínova, 1991), Praha (Na Homolce, 1991) Znojmo (1991), Děčín, Kladno, Kroměříž, Mladá Boleslav, Opava, Písek, Třinec, Vsetín (1992), Břeclav, Havířov, Havlíčkův Brod, Jilemnice, Litoměřice, Nové Město na Moravě, Pardubice, Praha FN Bulovka, Praha 10 Mičánky, Rakovník (1993), Brno, Český Krumlov, Chomutov, Jičín, Louny, Náchod, Pardubice, Pelhřimov, Prostějov, Rychnov n. Kněžnou, Slavkov u Brna, Teplice, Třebíč (1994), Mariánské Lázně, Mělník, Strakonice, Ústí n. Orlicí (1995), Plzeň, Šumperk (1996) Praha (Fakultní nemocnice Královské Vinohrady), Rumburk (1999)

S uvolněním možností dovozu a vstupu zahraničních firem na náš trh se postupně zlepšovala i technická vybavenost jednotlivých dialyzačních pracovišť a dosud neefektivní domácí výroba byla zrušena. Nedá se však konstatovat, že by ihned v roce 1989 dialyzační kapacity již dostačovaly a dialyzováni byli všichni potřební, jak se poměrně často traduje. Např. R. Prymula a K. Antoš a jejich spolupracovníci (2002) uvedli, že ještě v roce 1991 zemřelo 95 pacientů na selhání ledvin, protože pro ně nebyla volná kapacita na dialýze.

Obnova dosluhující techniky a úplné pokrytí dialyzačních kapacit nastalo až v první polovině devadesátých let, ale i tak byla rychlost přibývání (opět díky úsilí samotných nefrologů) dialyzačních míst úctyhodná. V roce 1995 bylo dosaženo západoevropského průměru a počet HDS na našem území se zdvojnásobil z počtu 38 HDS v roce 1990 na 85 HDS v roce 1995. V nově koncipovaných HDS byl připraven větší počet dialyzačních míst než dříve, takže v té době většina z HDS disponovala, oproti dřívějším letům, průměrně 6–10 lůžky (Lachmanová, 1999). Plné dostupnosti náhrad funkce ledvin jsme podle V. Tesaře a S. Dusilové Sulkové (2015) dosáhli ve stejném roce.

H. Haškovcová (2015) uvádí, že se v tomto období dostala Česká republika v dialyzační aktivitě na jedno z předních míst v Evropě, protože počet umělých ledvin na 1 milión obyvatel dokonce převýšil počty v některých ekonomicky rozvinutých zemích.

Zelenou dostala i peritoneální dialýza, protože dostupnost materiálů, zejména plastových vaků se zvýšila a zahraniční firmy (např. fa Baxter, fa Fresenius) dodaly na náš trh první peritoneální cyclery. Počet pacientů léčených touto metodou však stále nebyl nijak vysoký (Lopot, 2009 a).

V roce 1997 bylo u nás již 87 HDS z toho 18 nestátních. Celkově bylo k dispozici 762 dialyzačních lůžek. Zajímavý je údaj, že tehdy připadalo na jednoho lékaře 32 pacientů, evidováno bylo 149 dialyzačních lékařů a 1002 dialyzačních sester. Celkem bylo provedeno 450 000 výkonů hemodialýzy za rok. Přístrojová hemodialýza představovala 95 % všech výkonů. Podle J. Lachmanové (1999) kontraindikací k dialýze bylo v této době již jen maligní onemocnění v konečné fázi, Alzheimerova choroba nebo cirhóza s encefalopatií, a to z důvodu přesvědčení lékařů, že by takovým pacientům léčba neprosperovala. O zařazení pacientů do PDL rozhodoval vedoucí HDS podle místních zvyklostí.

Ve stejném období upozorňovali nefrologové O. Schück, V. Tesař a V. Teplan (1995) v knize s názvem *Klinická nefrologie na problém převládajícího mylného názoru široké veřejnosti i odborníků, zvláště praktických lékařů a diabetologů, o stále trvající nedostatečné dialyzační kapacitě*. Někteří lékaři byli stále přesvědčeni, že platí původní kritéria pro přijetí do PDL, zejména omezení věkem a přidruženou diagnózou, a proto neindikovali pacienty k dialyzačnímu léčení.

Dynamický rozvoj naší nefrologie potvrdil i V. Teplan (1998) ve své knize s názvem *Praktická nefrologie*. Vzhledem k novým technologiím (výzkumy byly věnovány tématům jako např. účinnosti a adekvátnosti dialýzy, heparinizaci, léčbě erythropoetinem, vylepšování cévních přístupů, diagnostickým metodám, rozvoji dalších eliminačních metod u akutních poškození ledvin, optimalizaci dialyzačních monitorů, digitalizaci dat, ale i psychologii pacientů a kvalitě jejich života, založen byl i Český registr renálních biopsií atd.) (Matoušovic, Rychlík, Dusilová Sulková, 2009) a díky stávající politické situaci se konečně plně pokryla potřeba vysoce kvalifikované léčby selhání ledvin (zvýšil se i počet TPL). Podle V. Teplana (1998) tato situace přinesla mj. kvalitativně vyšší specializaci lékařů i dalších odborníků (a v léčbě selhání ledvin vyrovnání se vyspělým státům Evropy). V. Teplan opět zdůraznil nutnost včasné diagnostiky i terapie onemocnění ledvin a upozornil na roli praktických lékařů v celé problematice, protože podle něj až třetinu pacientů představoval tehdy záchyt z ulice, čímž se zvyšovala velikost potřeby nákladné dialyzační léčby, a otevřel tak otázku včasného odhalení onemocnění ledvin a jeho prevence.

Situaci dětského PDL popsal v roce 2000 J. Janda a jeho spoluautoři (2000). PDL dětí probíhalo přibližně u 5 dětí/milion obyvatel a polovina z nich byla léčena pomocí PD. Kontraindikací se nakonec staly pouze závažné vývojové vady, které měly infaustní prognózu. Při navrhování k léčbě byla po zkušenostech pečlivě zvažována eventuální nespolupráce rodiny, která se ukázala být klíčovým faktorem při PDL dětí. Ze zkušeností nefrologů vyplývalo, že dlouhodobá dialýza dětem neprospívá, trpí retardací růstu (již tehdy řešenou aplikací růstového hormonu), nechutenstvím a dalšími potížemi. Ukázalo se sice, že děti mnohdy PDL snášejí psychicky lépe než dospělí, ale jsou silně hendikepovány v sociálních kontaktech, protože kvůli zdravotnímu stavu pravidelná školní docházka nebývá možná.

Nesnáze vznikaly i s omezením rodičovské péče o eventuální sourozence nemocného dítěte. Rodiče se věnovali přednostně nemocnému dítěti, které také doprovázeli (nejčastěji matka) na HDS, což znamenalo jejich častou a poměrně dlouhou nepřítomnost doma (výkony PDL jsou standardně stanoveny na 3x za týden, 4–5 hodin/1 výkon, nutné je přičítat i čas transportů, sanitární filtr, tamponování vpichů a vyšetření před a po dialýze, dohromady tato doba mohla průměrně být cca 7–8 hodin, započíst je třeba ale i různá vyšetření či jiné výkony). Jako problém se ukázal i přechod dospívajících na HDS určené pro dospělé pacienty. Autoři považovali věk dospělosti stanovený v ČR (18 let) za nedostatečný a poukazovali na fakt, že v USA Americká společnost dětské nefrologie doporučila pro tyto situace věk 21 let (Janda et al., 2000).

Tím, že se PDL i klinická nefrologie rozvíjely slibným způsobem, se zvýšila poptávka po lékařích. Nedostatek zkušených nefrologů vedl k tomu, že se mladí lékaři se zájmem o nefrologickou specializaci, kteří přicházeli pracovat na HDS, záhy stávali vedoucími lékaři. To však vyvolalo problémy s jejich nedostatečnou klinickou zkušeností. Často byli dokonce jedinými nefrologickými odborníky v celém okrese. Na tuto situaci zareagovala ČNS (idea J. Lachmanové) založením Klubu mladých nefrologů, který měl za cíl další odborné vzdělávání svých členů. To ve velké míře pomohlo překlenout problematické období, a podle pamětníků se stal Klub výjimečným fenoménem (Rychlík et al., 2009). Na víkendové kurzy, které dnes již neexistující Klub pořádal, přispívali sponzoři, což většinou byly zahraniční firmy vyrábějící dialyzační techniku a léky (Rychlík, Lachmanová, 2009).

Již v počátku 90. let 20. století se na lékařských fakultách podařilo prosadit bakalářské studijní obory, určené nejprve pro sestry. V roce 1991 bylo otevřeno první pomaturitní specializační studium pro nefrologické sestry při Institutu dalšího vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně (nazývané nyní Národní centrum ošetrovatelství nelékařských zdravotnických povolání). Významným pro dialyzační zdravotníky se stalo členství v EDTNA/ERCA, na němž má lví podíl inženýr F. Lopot, který se stal i prvním zástupcem za naši republiku (Pavlicová, 2009). Důležitým mezníkem pro ošetrovatelskou péči v dialyzačním léčení se stal fakt, že příprava a provádění dialyzačních výkonů přešlo kompletně do rukou dialyzačních sester, tudíž veškerá odpovědnost za provádění dialýz spočívala na nich (Sulková, 2000).

Pro plánovaný vstup naší země do EU však bylo nutné sladit některá česká specifika s požadavky EU, což se týkalo systému vzdělávání a příslušné legislativy. V roce 2002 Generální direktorát Evropské komise vyslal hodnotící mise do kandidátských zemí EU. Vyhodnocení misí prováděli pověřeni odborníci z *Technical Assistance Information Exchange Office* (dále TAIEX), kteří kontrolovali naši připravenost i v oblasti vzdělávání a způsobilosti k výkonu tzv. regulovaných profesí. Výsledná zpráva s hodnocením celkového stavu a doporučením ke změnám nebyla příliš optimistická. Experti v hodnotící zprávě uvedli, že naše zdravotnictví od roku 1992 sice prošlo reformou, nicméně i přes některé snahy se zatím neprosadily potřebné změny. Jednalo se zejména o nevyhovující vzdělávání, včetně univerzitního typu, které bylo příliš roztržštěné a neodpovídalo tak sektorovým evropským směrnicím. Podle odborníků TAIEX lékařské lobby bránilo novým potřebným legislativním opatřením, totiž vytvořit a přijmout rozhodnutí o modelu vzdělávání, který se stane standardem pro ČR. Zároveň TAIEX upozornila na nutnost přerušit model provizorní, dokud nebude slučitelný s plánem pracovních sil. Z důvodu výše zmíněných doporučení přestaly střední zdravotnické školy definitivně stačit jako kvalifikační příprava pro většinu nelékařských povolání¹⁵⁸. Postupně byly s požadavky EU sladěny stávající univerzitní bakalářské obory. Nově se začaly otevírat kvalifikační bakalářské studijní programy pro další nelékařské profese, nejen pro sestry a porodní asistentky, ale nově i pro zdravotnické záchranáře, radiologické asistenty, zdravotní laboranty a další. Významným způsobem se změnila původní a přibyla nová legislativa, která upravovala požadavky na kvalifikační přípravu, ale zakotvila i povinnost celoživotního vzdělávání (CŽV) do podoby kreditního systému¹⁵⁹ a kompetence zdravotníků. V září 2004 byla připravena a vydána MZ ČR nová verze Koncepce ošetřovatelství, vycházející z původního dokumentu z roku 1998, která respektovala evropská doporučení a strategie (Dingová Šliková, 2018).

Rozvoji vzdělání všech dialyzačních pracovníků prospělo otevření hranic a již neomezovaná možnost znovu být aktivní, navázat mezinárodní kontakty, pořádat konference, získávat zahraniční publikace, účastnit se různých projektů nebo sami publikovat.

¹⁵⁸ Nicméně, a to přes četnou kritiku, zůstaly dodnes zachovány pro přípravu „asistenčních“ pracovníků, vznikl tak např. hojně diskutovaný obor zdravotnický asistent (dnes praktická sestra).

¹⁵⁹ Po písemném doložení získaného množství kreditů za stanovené období bylo vydáno tzv. Osvědčení o způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, které pak umožňovalo zdravotníkovi pracovat samostatně. Zdravotnický pracovník byl zároveň registrován do Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu a hostujících osob. Registr nejprve dobrovolně, od roku 2006 povinně, sdružoval údaje o pracovnících. Registrovaní zdravotníci směli používat označení „registrovaný/á“.

V roce 2002 dle údajů ČNS bylo v České republice 85 HDS (a 3 dětská HDS) a z tohoto počtu 21 nestátních HDS. Všechny dialyzační přístroje (tehdy již nazývaných monitory) 1188, ale plně funkčních jich bylo jen 500, 840 dialyzačních lůžek, z toho 769 pro chronické pacienty. Celkem bylo dialyzováno 545 pacientů /mil. obyvatel za rok, peritoneální dialýzou bylo léčeno celkem 457 pacientů. Přibližně polovinu pacientů tvořili pacienti se záchytem z ulice, třetinu diabetici a více než polovinu pacienti starší 60 let (Rychlík, Lopot, 2018).

Novinkou přelomu tisíciletí se stal fakt, že se nevyplnila původní očekávání odborníků ohledně zastavení nárůstu počtu pacientů zařazovaných do PDL. Ukázalo se, že počet pravidelně dialyzovaných stále stoupá (a jak již bylo uvedeno, tento trend se udržel do dnešních dnů). Podle tehdejších diskuzí odborníků se stalo důvodem tohoto stavu několik příčin. Jednak stále stoupal počet přijímaných pacientů vyššího věku (v roce 2000 byla již více než polovina pacientů starších 65 let), zároveň se začala prodlužovat průměrná doba dožití a současně logicky vzrostl výskyt chronických chorob, na jejichž podkladě mohou ledviny selhávat. Díky zlepšujícím se medicínským postupům začali déle přežívat i pacienti, kteří by dříve zemřeli (např. na koronární příhodu, tímto způsobem se ale mohli dožít vaskulární nefrosklerózy). Současně byl prokázán vyšší výskyt chronických onemocnění ledvin. Zároveň méně lidí, než dříve umíralo po TPL při odhojení štěpu. Tito pacienti se vrací zpět (dnes dokonce opakovaně) do PDL a tím navyšují celkový počet pacientů přijatých k PDL (Sulková et al., 2000).

V roce 2019 (z posledních údajů, které jsou k dispozici) je v provozu 113 HDS, tři čtvrtiny jich je nestátních (přesně 70), 43 je státních. Dialýzou je léčeno celkem 6303 pacientů, což představuje je průměrně 595 pacientů na 1 milion obyvatel. Provedeno tak bylo celkem 921 986 výkonů hemodialýzy. Peritoneální dialýzou bylo léčeno celkem 318 pacientů, transplantováno bylo 510 pacientů (z toho 49 ze žijících dárců). Zdaleka největší skupinou pacientů v PDL jsou pacienti starší 60 let (přes 70 %) a téměř polovina všech pacientů jsou diabetici. Problémem zůstává, že přibližně polovinu nově přijatých pacientů stále tvoří skupina přicházejících jako záchyt z ulice, což jsou pacienti v pozdních fázích selhání ledvin, tím pádem mívají zhoršenou prognózu (Rychlík, Lopot, 2020).

Následkem je obtížnější transplantabilita těchto nemocných, přestože možnosti současné TPL jsou velké. Jsou totiž rozvíjeny další možnosti v oblasti imunologické tolerance (dnes již dokonce není nutná kompatibilita AB0 systému), prodloužení doby udržování „životaschopného“ odebraného štěpu, stejně tak, jako již uváděné párové či řetězové transplantace z žijících dárců související i s možností preemptivní TPL nebo tzv. rozšířená kritéria dárců¹⁶⁰. I v oblasti dialyzačních metod v posledním desetiletí došlo k mnoha dalším změnám. Dialyzační monitory dnes zvládají řadu funkcí, včetně dalších modalit dialýzy, které přece jen více pomáhají přiblížit umělou ledvinu nativním orgánům. Protože však ledviny mají i další metabolické funkce, které dialyzační metody nemohou pokrýt, pacientům je podávána řada substitučních léků, které jim mohou pomoci přiblížit se více fyziologickému stavu. Rozvíjí se možnosti biologické léčby, započaté podáváním erythropoetinu (dnes erythropoézu stimulující látky¹⁶¹) (Tesař, Viklický, 2015).

6.1 Etické problémy spojené s alokací zdrojů současného dialyzačního léčení

V současnosti mohou být v PDL léčení všichni ti, kdo jsou k léčbě indikováni. Přestože zásadní etické problémy spojené s nedostupností základních zdrojů byly nakonec vyřešeny, ukázalo se, že přece jen zdaleka není vyhráno. Spolu s masívním rozvojem PDL se totiž začaly rýsovat nové potíže.

Příčin vzniku novodobých etických problémů je několik. Jedním z těch podstatných je fakt, že se zvýšil (a tento trend stále pokračuje) celkový počet pacientů s chronickým onemocněním ledvin. Proměnilo se ale i spektrum dialyzovaných pacientů. Zatímco do 80. let 20. století (u nás do poloviny 90. let) byl typickým pacientem v PDL mladší člověk bez komorbidit (z důvodu výše popisovaných omezení), poměrně často schopný alespoň částečné rehabilitace a většinou vhodný k eventuální TPL, v posledních dvou desetiletích se jím stal pacient nad 60 let věku¹⁶².

¹⁶⁰ Dárci s rozšířenými kritérii, angl. *Extended Criteria Donor* jsou ti, kteří jsou starší 60 let nebo ve věku 50–59 let s přítomností dvou z rizikových faktorů, (anamnéza hypertenze, hodnota sérového kreatininu více než 133umol/l před odběrem ledvin a mozkovou cévní příhodu jako příčinu smrti). Přestože přežití štěpů je kratší, pacientům přináší prospěch ve formě delšího přežití, než by měli v PDL.

¹⁶¹ Angl. *erythropoiesis stimulating agents*

¹⁶² Dětských pacientů je minimum, uváděno je cca 30 dětí do věku 19 let na 1 milión obyvatel dlouhodobě léčených některou z RRT. Samozřejmě, pokud dojde k nezvratnému selhání ledvin je snahou, aby dítě co nejdříve podstoupilo TPL. Závažným etickým dilematem je pro nefrologa rozhodnutí o indikaci dítěte, jehož prognóza je nejistá, např. při multiorgánovém poškození.

Ve větší míře se jedná o pacienty ještě starší, většinou polymorbidní, často s nijak nadějnou prognózou, tedy rizikovější a náročnější z pohledu možné nabídky využití alternativních možností léčby (peritoneální dialýza, TPL), což sebou přineslo řadu nových otázek a potíží (Tesař, 201; Szonowská, 2018).

Na první problémy, které vyplynuly z těchto změn, u nás upozornili O. Schück, V. Tesař a V. Teplan (1995) již v první polovině 90. let. Tito nefrologové kladli plné uvolnění pravidel matematiky milosrdenství do roku 1995. Podle nich jedinou obhajitelnou medicínskou kontraindikací PDL zůstalo pouze aktivní maligní onemocnění (tehdy převládal názor, že nádory hemodialýzou progredují). Z tohoto důvodu se obávali nárůstu nových etických problémů, které se s prodlužující dobou dožívání pacientů a z důvodu jejich chronických komplikací budou stále více objevovat, což se mezitím ukázalo v zahraničí. Upozornili také, že komplikace typu dialyzační demence nebo složité psychosociální problematiky u velké části pacientů negativně ovlivní spolupráci nemocných se zdravotníky. Za problém označili přibývání pacientů s postupně narůstajícími fyzickými a následně i psychickými problémy, které mají tendenci se kumulovat a zhoršovat. Mnoha nemocným i jejich rodinám přinášely tyto potíže tak závažný diskomfort, že nakonec vedl v opakovaná vyjádření přání nežít, odmítání PDL nebo pokusy o sebevraždu. Autoři tehdy upozornili i na fakt, že tyto situace prozatím u nás ve větší míře nebyly řešeny a zdůraznili, že v blízké budoucnosti bude zapotřebí k nim zaujmout stanovisko.

J. Lachmanová (1999) ke stejné problematice uvedla, že v této době již v PDL nebyl raritou ani 70letý pacient, stejně tak jako zvyšující se počet pacientů s onemocněním *diabetes mellitus* (tehdy přibližně čtvrtina všech dialyzovaných pacientů). Nicméně, podle této nefroložky, problémy představoval i rostoucí počet nově indikovaných pacientů se záchytem z ulice. Při pozdní diagnostice choroby a zkrácené přípravě k PDL následný život těchto nemocných vykazoval zhoršenou kvalitu. V praxi se stávalo, že tito pacienti žádali o ukončení PDL častěji než pacienti z predialyzační péče.

Členové dialyzačního týmu i pacienti se dostávali do pasti, která neměla řešení. Z vlastní zkušenosti mohu doplnit, jakým způsobem se přistupovalo k podobným problémům na HDS, kde jsem tehdy působila, a které se svými postupy nijak nevymykalo tehdejší běžné praxi. Někteří z našich pacientů, vystavení jak značnému dlouhodobému fyzickému, tak psychickému strádání (např. restriktivní režim v dlouholetém dialyzování s mnoha doprovodnými komplikacemi spojenými s opakovaným odhojením ledvinného štěpu, vyčerpáním cévních vstupů i tělesným chátráním, řada lékařských intervencí), žádali opakovaně o ukončení léčby.

Protože ukončení PDL znamenalo pacientovu smrt, v té době odmítnutí pomocí tzv. negativního reversu¹⁶³ nebylo přípustné. Vyhovění pacientovu rozhodnutí z naší strany bylo považováno za formu eutanázie se všemi tehdejšími právními následky.

Snahou dialyzačního týmu tedy bylo pacienta přesvědčit, aby PDL nadále podstupoval. Pacientům byla nabízena i další podpora (např. psychologická nebo sociální). Přesto někteří pacienti nadále terapii odmítali (což bylo mnohokrát vzhledem k závažnosti stavu a nízké kvalitě života pochopitelné). Proto, pokud pacient odmítal na HDS přijet, byli jsme nuceni spolu se sanitou posílat příslušníky Policie ČR, aby pacienta k léčení přesvědčili a dovezli. Pacienti byli takto zásahy úřední moci v podstatě donucováni opakovaně dialýzu podstupovat a všichni zúčastnění tyto náročné situace prožívali s velice negativními pocity.

Neexistovala žádná legální možnost, jak situaci řešit, jak dokládají i právníci specializovaní na zdravotnické právo J. Stolínová a J. Mach (2010). Problematice se z etického hlediska tehdy věnovala H. Haškovcová (1996, s. 92). Ve svém komentovaném vydání Práv pacientů (tehdy již všeobecněji známých) v komentáři k Právu č. 4 mj. uvedla: „*Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích takového rozhodnutí*“. Podle H. Haškovcové pacientem vyjádřené rozhodnutí odmítnout léčbu z vitální indikace je nesmírně obtížná situace a často pramení z pacientových pocitů beznaděje. Je nutné uvážit okolnosti vyslovení podobného přání, protože vyhovět mu má závažné a nevratné následky. Je zapotřebí posoudit, zda požadavek není způsoben nějakým odstranitelným problémem nebo vysloven pod vlivem aktuálního rozpoložení nemocného (např. vlivem bolesti, únavy, neúnosné sociální situace apod.). V této souvislosti apelovala H. Haškovcová na včasnou přípravu postupů řešení při podobných situacích, které by měly být přijatelné pro všechny aktéry, a to jak z medicínských, tak etických i právních úhlů pohledu.

Důležité v těchto případech je, že v PDL měl (a má) pacient vždy otevřenou možnost se vrátit do programu i po opakovaném vyřčení svého rozhodnutí a neměl by být za to odsuzován. Občas se totiž stávalo, že někteří pacienti trvali na ukončení léčby a opakovaně odmítali přijet, nicméně po zhoršení příznaků (např., když nedodržovali restrikcí tekutin a vznikal plicní edém) si své rozhodnutí rozmysleli, což potvrzuje názor H. Haškovcové. Je ale nutné podotknout, že opakování podobných excesů v podobě odmítání PDL mívá za následek opětovné zhoršení zdravotního stavu.

¹⁶³ Negativní revers je forma odmítnutí potřebné (lékařem stanovené) péče i přes náležité vysvětlení (Stolínová, Mach, 2010).

K řešení problému nakonec přispěly i opakované otevřené diskuze na nefrologických konferencích, kde dialyzačním týmům byly předkládány zkušenosti s podobnou problematikou ze zahraničí, ale i první české kazuistiky se zkušenostmi pečujících zdravotníků. Prospěla i postupná proměna české legislativy pod evropským vlivem (v textu již uváděná Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny). Určitými mezníky se tak se stalo v roce 2010 Doporučení České lékařské komory ke stavu tzv. marné léčby¹⁶⁴ (vztahuje se ale jen na pacienty, kteří již nemohou rozhodovat ze své vůle) nebo svého času hojně kritizovaný a poté nově upravený institut dříve vysloveného přání, jehož pravidla dnes stanovuje § 36 již výše citovaného zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Na konferencích ale dále zazníval apel na právo svobodného a zejména plně informovaného rozhodnutí pacienta. Současně byla zdůrazňována nejen nutnost poskytnutí paliativní léčby, ale i možnost návratu pacienta do PDL při změně rozhodnutí.

Nefrologové i další odborníci se opakovaně k otázce vraceli. Např. J. Lachmanová (2011) uvažovala o několik let později ve své další nefrologicky zaměřené knize o otázce etiky nevhodného prodlužování léčby. Poukázala na zahraniční zkušenosti s faktem, že ukončení dialýzy (ať již iatrogenní nebo častěji na žádost samotného pacienta), nazývané angl. *stopping*, se stalo jednou ze tří nejčastějších příčin úmrtí v PDL v USA a Kanadě. Upozornila v této souvislosti na skutečnost, že tento problém u nás není stále dořešen.

Ve stejném období na problém upozorňovala i S. Sulková a její kolegové (2000). Podle jejich zkušeností klesala ze zřejmých důvodů u mnoha pacientů soběstačnost, proto pro ně nebyla vhodná peritoneální dialýza často nebylo možné ani řešení pomocí TPL. Nárůst komplikací a otázka kvality života přinášely úvahy o prospěšnosti léčby a o možnosti aktivního vyřazení pacientů z PDL nefrology, angl. nazývané *withdrawal*, se kterým již opět byly zkušenosti v zahraničí, ale u nás se v té době oficiálně neprovádělo. Úvahy se týkaly i nezařazování pacientů do PDL, tzv. nerozšiřování léčby, anglicky nazývané *withholding*, a tím i indikací k PDL. Rozhodnutí o zahájení či nezahájení PDL stále nebylo (a dodnes není) jednoduché. V uvedené době probíhaly diskuze o tom, kdy je správný čas začít léčit pacienta některou z metod náhrady funkce ledvin. Odborníci se shodli, že by se vždy mělo jednat o individuální a komplexní přístup a je nutné posoudit všechny doprovodné faktory včas.

¹⁶⁴ Doporučení představenstva České lékařské komory č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli. Marná léčba je definována jako taková léčba, která nevede k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života (Česká lékařská komora, 2010).

Nakonec, jak dokladují J. Stolínová a J. Mach (2010, s. 261), došlo k určité změně i v oblasti práva. Za stěžejní začala být považována doporučení postupu lékařem (příslušným odborníkem). V tomto kontextu bylo uznáno i právo pacienta v klidu a důstojně zemřít, ale současně za povinnosti poskytnutí doprovodné podpůrné péče lékařem: „*Lékař není povinen život prodlužovat za každou cenu, je ale povinen účinně pomáhat při umírání*“.

Ve stejném roce psali přední čeští nefrologové v úvodu své knihy o rozvoji konceptu medicíny založené na důkazech v oblasti nefrologie, v níž konstatovali stále nejasnou situaci v klinické praxi ohledně zahájení či ukončení PDL. Přikláněli se spíše k postupu, kdy v případě, že panují nejasnosti, zvolit tzv. dialýzu na zkoušku. Pacient by tak měl být 1–2 měsíce dialyzován a stav by měl být poté, ve spolupráci s ním, přehodnocen. Důležitou součástí procesu byl důraz na přání samotného pacienta a v případě, že dialýzu nadále odmítal, mu byla doporučena paliativní péče. Tento postup je schematicky znázorněn v Příloze č. 1 Indikace k dialyzačnímu léčení (Viklický, Tesař, Sulková et al., 2010).

Situace byla nadále řešena i ve světě. Např. australské nefroložky Y. White a G. Fitzpatrick (2006, s. 99–103; překl. aut.) navrhly následující otázky pro situace žádostí o nezařazení či ukončení dialyzační léčby, které lze považovat za dobré vodítko při zvažování podobného rozhodnutí:

- *„Opravdu pacient chápe následky ukončení dialýzy?*
- *Myslí pacient své rozhodnutí vážně nebo je to pokus o získání pozornosti?*
- *Mohou být provedeny nějaké změny v léčbě tak, aby se zlepšila subjektivně vnímaná kvalita pacientova života, která by umožnila další dialýzu?*
- *Existují další odborníci, s nimiž by pacient rád diskutoval své rozhodnutí?*
- *Jaký je celkový psychický stav pacienta?*
- *Byl pacient vyšetřen na projevy deprese?*
- *Jaká je kognitivní schopnost pacienta porozumět nejen možnostem, ale i důsledkům nějakých rozhodnutí?*
- *Jak pacient definoval kvalitu života (i spolu se svou rodinou nebo dialyzačním týmem)?*
- *Překonávají obtíže pokračujícího léčení přínos dialýzy?*
- *Jaká je prognóza pacienta s dialýzou a bez dialýzy?*
- *Byl pacient ujištěn, že jeho smrt bude komfortní a důstojná?*

- *Byl pacient informován o tom, jak vypadá smrt po nahromadění uremických toxinů?*
- *Byl pacientovi a jeho rodině poskytnut čas na to, aby dospěli k informovanému rozhodnutí?*
- *Byl pacient ujištěn, že úroveň péče zůstane stejná, a že péče přechází z cíle prodloužení života pacienta na cíl pohodlí a paliativní péče? “*

Jak uvádí B. Szonowská se spoluautory (2019), vzrostl v několika posledních letech počet žádostí o ukončení PDL u pacientů starších 65 let v zahraničí tak, že se jedná o nárůst na plnou polovinu ze všech pacientů v PDL. Z těchto údajů vyplývá, že zahájení PDL u nich nevedlo k lepší kvalitě života, a jde tak spíše o nevhodné prodlužování intenzivní léčby.

Podobně uvažují i zahraniční autoři, kteří tvrdí, že přestože je léčba potenciálně život zachraňující, fyzická a psychosociální zátěž, spojená s dialýzou většinou u křehkých starších lidí, převažuje nad jejími výhodami (tedy zlepšením klinických příznaků). Významná jsou zjištění, že pro tyto pacienty je mnohdy důležitější než prodloužit délku života za každou cenu, schopnost udržet si svůj dosavadní životní styl a sociální interakce. Autoři konstatují, že je ke škodě věci, když není zvažována ani nabízena možnost konzervativní léčby. Ta je pro podobné pacienty méně invazivní a lze se díky ní vyhnout nepříznivým účinkům spojeným s dialýzou (Muthalagappan et al., 2013).

Rozhodnutí o tom, jakým způsobem bude poslední fáze renální insuficience řešena, by mělo být tzv. sdílené¹⁶⁵. Mělo by zahrnovat úvahy medicínské, ve smyslu přínosů a rizik navrhované metody, zdravotní stav pacienta, očekávanou délku života a posoudit kvalitu života pacienta i jeho preference (Teplan et al., 2015).

¹⁶⁵ Angl. *shared decisions making*

Na podkladě uváděných skutečností byl podle F. Brenanna (cit. podle Szonowské et al., 2019, s. 22) v roce 2010 formulován Americkou asociací nefrologů významný dokument, který obsahuje pokyny k provádění klinické praxe při společném rozhodování o vhodnosti zahájení či ukončení dialýzy¹⁶⁶. Tyto pokyny zahrnují doporučení ke zvážení ukončení dialýzy u pacientů, kteří mají špatnou prognózu nebo u nich není možné zaručit bezpečná provádění dialyzačních výkonů, což zahrnuje různé situace. Jedná se o situace, při nichž: *„zdravotní stav pacienta znemožňuje technické provádění dialýzy, protože „pacient není schopen spolupráce“ nebo „není ve stabilním stavu“*. Pacient také může mít jiné *„život limitující onemocnění“*. Také by se ukončení (nezahájení) PDL mělo uvážit u pacientů nad 75 let, kteří splňují alespoň dvě ze čtyř významných kritérií s rizikem špatné prognózy: *„pozitivní odpověď na otázku překvapení, vysoký index komorbidity, výrazně snížený funkční stav a závažnou malnutrici.“*

Z právního hlediska je pro poměrně nepřehlednou situaci ohledně rozhodování *„o další péči na konci života nefrologického pacienta“* doporučováno právníčkou H. Krejčíkovou (2019, s. 291) postupovat v souladu s Konsenzuálním stanoviskem k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním a s již citovaným Doporučením představenstva České lékařské komory č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli.

Jakým způsobem výše diskutované problémy souvisí s alokací zdrojů, je nasnadě. Se stále rostoucím počtem pacientů, kteří přibývají v PDL, se neustále zvyšuje i spotřeba zdrojů v PDL a je tedy nutné uvažovat i v těchto souvislostech. Navíc tyto problémy velice úzce souvisí s ekonomizací a komercionalizací zdravotnictví. Tento fakt se již tradičně nejprve ukázal na PDL v USA, později ale i v dalších evropských zemích, včetně naší republiky.

Pro tržní systém USA s komerčními subjekty i v oblasti zdravotnictví znamenal totiž zvyšující se počet dialyzačních výkonů lukrativní byznys. Firmy vyrábějící drahou dialyzační techniku anebo léky začaly profitovat z narůstajícího počtu HDS, a tím i z výkonů dialýzy, současně se mnohde staly zároveň i provozovateli HDS. Tento jev, podle Ch.R. Blagga, již v 80. letech 20. století rozčaroval i např. B. H. Scribnera, protože tehdy americké HDS ovládly velké korporace a přehnaně profitovaly. Podle jeho názoru se výsledky toho, co sám považoval za ušlechtilý experiment, staly spíše mašinérií poháněnou chamtivostí než starostmi o pacienty (Blagg, 2012).

¹⁶⁶ Angl. *Clinical Practice Guidelines on Shared Decision-Making in the Appropriate Initiation of and Withdrawal from Dialysis*

Je všeobecně známou skutečností, že při dlouhodobé podpoře vládním programem Medicare HDS přibývaly jako „houby po dešti“ a nezdědka je i v současnosti možné vidět, že na jedné ulici stojí několik HDS¹⁶⁷ různých soukromých vlastníků (tato situace se týká měst, odlehlé a málo obydlené oblasti USA spíše bojují s geografickou nedostupností, je zde využívána z těchto důvodů více peritoneální dialýza).

Podle amerických lékařů B. Thorsteinsdottira, K. M. Swetze a J. C. Tilburta (2013), z Mayo Clinic v Rochesteru je nasnadě, že apel na provádění co největšího počtu výkonů je v podobné situaci vysoký a souvisí se snahou plně využívat kapacitu HDS. Domnívají se, že pro co nejvyšší ekonomickou efektivitu je třeba zajistit plnou obsazenost dialyzačních lůžek. To ale přináší rizika pro pacienty, protože je snahou navyšovat počet indikovaných výkonů, což se týká i pacientů, u kterých je indikace k dialýze přinejmenším sporná. Tito lékaři nedávno uvedli, že jejich současný zdravotnický systém a nově i zavedení bonifikací za dobré výsledky PDL v Medicare (tzn. sledování a hodnocení např. délky dožití, mortality apod. parametrů), se sice na první pohled jeví jako prospěšné aktivity, ještě více jsou ale takto podporovány procesy, při nichž lékaři nadměrně indikují PDL ve snaze dosáhnout získání bonusů. Tento jev nazývají „*gatekeeping*“, český ekvivalent zní „otevírání brány, vstupu“. Podle jejich údajů je opakovaně prokázáno, že těmito mechanismy se skutečně zvyšuje množství nadbytečných indikací pacientů k PDL. Stejně tak se jedná o „udržování“ PDL i u pacientů, jimž už nepřináší prospěch. To se nejvíce týká skupiny pacientů ohrožených syndromem geriatrické křehkosti. Pacient, který již spěje k závěru života, může být potenciálně poškozován intenzivní PDL, protože lékaři se snaží dosáhnout stanovených parametrů kvality.

Navíc se již v dlouhodobějším horizontu ukazuje, že jsou tyto pacienti méně doporučováni k TPL (byť v současnosti se ukazuje, že TPL je vhodná i pro vyšší věkové hranice, než se donedávna odborníci domnívali) anebo až s velkou prodlevou, což je opět poškozuje. Je totiž opakovaně prokázáno, že čím delší dobu pacient podstupuje PDL, tím se zhoršuje šance na přijetí transplantátu (Thorsteinsdottir, Swetz a Tilburt, 2013).

Tento jev je běžně i u nás označován, z důvodu obtížného hledání přesného českého ekvivalentu, jako *overtreatment* (nejlépe vystihující je pojem „nadužívání léčby“).

¹⁶⁷ Pejorativně jsou občas taková HDS u nás nazývána „benzínkami“ pro určitou podobnost služeb s čerpacími stanicemi pohonných hmot.

Závažným následkem takto koncipovaných plateb za výkon je také etický problém nazývaný jako tzv. „*cherry picking*“ (sběr, vyzobávání třešní, u nás je nejlépe vystihující příslovečné „vyzobávání třešniček na dortu“) (pozn. aut.). Tím, že snahou HDS je, při výhodně nastavených platebních podmínkách, provádět co nejvíce výkonů dialýzy, může nastat opět selekce pacientů, jako tomu bylo v historických dobách PDL, ale z jiných důvodů. Přednostně mohou být k PDL vybíráni pacienti klinicky lépe prosperující, u kterých je perspektiva, že budou dialyzováni v delším časovém horizontu. Pacienti s horší prognózou nebo nespolupracující apod. komplikovaní mohou být opět odmítáni. Jsou pak nuceni hledat další péči. Někdy jsou patrné snahy pacienta atrahovat z jiných HDS nabídkou lepších služeb a různých výhod (Parker, 2011).

Následkem výše uvedených praktik nastává další etický problém, který trefně popsal Z. Kalvach (2004), jako vyčlenění nevhodných pacientů ze specializované péče a jejich neúčelné putování systémem zdravotnictví od oboru k oboru.

Podobně ambulantně vedená HDS (v současnosti jich je naprostá většina soukromých) provádí jen výkony dialýzy a s nimi spojené vybrané ambulantní diagnostické a léčebné postupy. Jimi přijatí pacienti jsou, v případě nutnosti hospitalizace nebo další péče (paliativní, následné, rehabilitační), která bývá častou záležitostí, překládáni do dalších zdravotnických zařízení. Někdy je návazná péče satelitního HDS smluvně zajištěna a hospitalizace pak nepředstavuje problém, někdy je pacient odvážen tam, kde je zrovna místo, což ke kontinuitě péče rozhodně nepřispívá. Tím je však porušováno právo na kontinuální péči deklarované českou legislativou.

Výše uvedené problémy představují v současnosti nejzávažnější etické problémy v PDL. Pokud je finančně profitováno na úkor pacientů, jde o porušování diskutovaných základních medicínských principů. Narušen je základní hippokratovský princip prospěšnosti pro pacienta a jeho nepoškozování, navíc z finančních důvodů. Stejně tak jsou narušeny druhé dva základní biomedicínské principy, respekt k autonomii i spravedlnost. Některým pacientům léčba již neprospívá, a přestože jim o nějaký čas (což je ovšem na základě současných výzkumů také diskutabilní¹⁶⁸) prodlužuje život, může jim naopak způsobovat utrpení.

¹⁶⁸ B. Szonowská uvádí, že např. u pacientů starších 75 let činí medián přežití 2,5 roku a roční mortalita dosahuje 41 %. Navíc se ukazuje, že dobře vedená paliativní péče, hlavně u pacientů „z ulice“ a s komorbiditami dokáže život prodloužit spíše než přístrojová hemodialýza. Nicméně zkušenosti z různých pracovišť se mohou lišit.

Odmítáním některých pacientů se pro ně zhoršuje dostupnost léčby, tudíž jsou porušována práva nemocných nejen na dostupnou zdravotní péči, ale i léčbu *lege artis*. Stejně tak práva na plnou informovanost (nejsou nabízeny alternativní možnosti, jako peritoneální dialýza, TPL anebo paliativní péče) jsou omezována, a tím chybí i možnost pro nemocného zasvěceně se rozhodnout. Porušována je i diskutovaná spravedlnost, a to v několika rovinách. Je spotřebováváno více zdrojů, než by správně bylo zapotřebí, což je jednak na úkor pacientů s jinými onemocněními, jimž se z různých důvodů léčby nedostává (příliš nákladná léčba není hrazena z veřejných zdrojů apod.), a jednak je zneužívána solidarita přispěvatelů na zdravotní péči (systém povinného pojištění). Otřesena je i důvěra nemocných ve zdravotnictví.

Znevýhodňována jsou pracoviště, na které „vybírání třešniček“ dopadá. HDS, která si vybírají „lepší“ pacienty, přehazují břemeno odpovědnosti za pacienty „svízelnější“ na jiná pracoviště, která podobné praktiky neprovádějí. Narušován je étos lékaře, který je nucen v podmínkách tvrdého byznysu pracovat. Přestože by měla být vnitřní mravnost profese zachována, ukazuje se, že riziko selhání je velké a často k němu skutečně dochází. Mnohde v Evropě, a to včetně ČR, je v současnosti situace v některých ohledech podobná. To, že u nás došlo k privatizaci celé řady HDS a výkony dialýzy zůstaly ve sféře specializovaných ambulantních výkonů, jsou takto hrazeny pojišťovny, což přináší obdobné problémy, jako jsou ty výše uváděné.

Z některých nepřímých ukazatelů je patrné, že i u nás skutečně existují apely na co nejvyšší nákladovou efektivitu PDL. S. Dusilová Sulková spolu s nefrologem V. Tesařem (2015, s. 87) uvedli v jednom z mála současných článků věnovaných etickým problémům v PDL u nás, že jednou z příčin nízkého počtu pacientů léčených metodou peritoneální dialýzy hrají roli i ekonomické důvody. Stejně tak tomu je, pokud není naplněna kapacita HDS, je mj. ekonomicky výhodnější pacienta léčit přístrojovou hemodialýzou. Kapacitně nevyužitá HDS má podobně vysoké náklady jako HDS plně obsazené, což je vysoce neefektivní. Autoři o tomto problému píší: *„Tlak na nákladovou efektivitu tak může alespoň teoreticky vést k „nadbytečné“ léčbě, např. pacient, který by mohl být léčen hemodialýzou jen dvakrát týdně, je léčen třikrát týdně, dialyzační léčba je zahajována při vyšší vstupní glomerulární filtraci, resp. reziduální funkci ledvin, event. léčba pacienta s akutním selháním ledvin je ukončována později, než je to nezbytně nutné. Je zřejmé, že lze vždy najít odborné důvody, které podobný, více „proaktivní“ postup vysvětlí. Příslušný lékař ale musí řešit závažné etické dilema mezi optimálními ekonomickými výsledky a prioritním zájmem pacienta.“*

Dalším nepřímým ukazatelem je vývoj počtu a privatizace HDS. I u nás lze nalézt místa, kde je několik HDS jen pár kilometrů od sebe a tři čtvrtiny z nich jsou soukromá pracoviště. Nepřímým indikátorem jsou pak hospodářské výsledky společností vlastnících HDS, protože opakovaně a dlouhá léta vykazují značně rostoucí zisk.

Jak již bylo uvedeno, pokud se týká indikací k TPL, naprostá většina pacientů s nezvratným selháním ledvin začíná léčbu přístrojovou hemodialýzou, což není obecně považováno za ideální stav. K případnému zařazení do čekací listiny TPL nejčastěji dochází po různě dlouhém čase stráveném v PDL (v ČR průměrně cca 900 dní), což však zhoršuje výsledky eventuální TPL. Do čekací listiny k TPL je zařazován i poměrně nízký počet pacientů. V ČR se jedná o průměrně 11 % z celkového počtu dialyzovaných, a přitom je prokázáno, že pacientů, kteří jsou schopni podstoupit TPL na začátku PDL, je minimálně 20 % (Tesař, Viklický, 2015).

U nás se však neprokázalo, že by bylo omezováno navrhování pacientů k TPL z ekonomických důvodů. Nebyl ani prokázán rozdíl v počtu pacientů zařazených do čekací listiny mezi HDS nestátními a HDS státními (event. pod gescí jiné formy poskytovatelů) (Dusilová, Sulková, Tesař, 2015). Proto stále nezodpovězenou otázkou zůstává, proč je zařazován do čekací listiny tak malý počet pacientů, navíc po poměrně dlouhé době strávené v PDL.

Současná situace ohledně etických problémů, které vznikají v souvislosti s alokací zdrojů v PDL v ČR, není příliš přehledná, není veřejně diskutována, literatury na podobné téma je poskrovnu, a tak zůstává u občasných rozhovorů v kuloárech. Předpokladem následujícího výzkumného šetření je přinést společně s názory expertů na známé a výše diskutované etické aspekty také odhalení skrytých etických problémů.

7 Kvalitativní výzkum

Otázka, zda v současné době existují v klinické praxi PDL v ČR etické problémy, které by mohly vznikat na podkladě problematického přidělování zdrojů, byla výchozí premisou pro provedení výzkumu v této oblasti, v níž zatím výzkumy na toto téma prováděny nebyly. Přípravnou fází disertační práce provázely úvahy, jakým způsobem problematiku nejlépe rozkrýt. Vzhledem k tomu, že dialyzační léčení představuje vysoce specifickou oblast lidské činnosti, je pro porozumění kontextu a nalezení etických souvislostí potřeba „hlubšího ponoru“ do problematiky. Pro požadovaný vhled byl nakonec zvolen kvalitativní typ výzkumného šetření, které by mělo, např. podle sociologa M. Dismana (2002, s. 289) přinést „*porozumění lidem v sociálních situacích*“.

Za výhodu kvalitativního výzkumu lze v tomto případě považovat získávání podrobných informací, které následně slouží k lepšímu pochopení událostí, fenoménů, procesů i souvislostí při zkoumání jedinců či skupin. Pozitivum také představuje možnost reagovat na získávané informace v průběhu výzkumu a fakt, že v případě potřeby je možné pozměňovat i další výzkumný plán (např. výzkumné otázky). Za přednost lze považovat i to, že předběžně vyvozené závěry výzkumu je možné předložit respondentům a jejich názory mohou být interpretovány v celkových výsledcích (Hendl, 2016). Celý výzkum je tak poměrně tvárný a lépe odpovídá skutečným procesům.

Důležitou součástí rozvahy ohledně plánované praktické části disertační práce představoval terén výzkumu a výzkumný vzorek. Přestože se následky alokačního rozhodování a etické problémy s ním spojené týkají pacientů jako uživatelů zdravotní péče, výzkum prováděný s respondenty – pacienty na podobné téma je v tomto případě těžko proveditelný. Jednou z významných překážek je fakt, že vyhledávání etických problémů spojených s alokací zdrojů u pacientů je prakticky obtížně uchopitelné. Z pozice zdravotníka nelékařského povolání nelze hodnotit odborná lékařská rozhodnutí, např. vhodnost či nevhodnost indikace pacienta k dialyzační léčbě apod. Navíc je pro mne přímý vstup do prostředí PDL v současné době těžko realizovatelný, protože zde již dlouhodobě profesně nepůsobím. Nemalou roli při rozhodování sehrál i fakt, že v současnosti je nutné žádat nejen poskytovatele zdravotní péče, ale i etické komise zdravotnických zařízení a samotné pacienty o souhlas s provedením podobných výzkumů. Celý proces je pak nesmírně časově a administrativně náročný, pokud je vstup do prostředí vůbec umožněn. Dalším, sice podružnějším, ale přece jen uvažovaným důvodem, proč se pacienti nestali respondenty, je fakt, že dle mých zkušeností jsou v posledních letech až zahlcováni různými průzkumy.

Nejvýznamnějším argumentem se ale nakonec stal fakt, že s alokací zdrojů se v klinické praxi potýkají především samotní lékaři – nefrologové. Nesou totiž následky makroúrovně alokačního rozhodování a zároveň sami musí se zdroji hospodařit v klinické praxi. Jak vyplývá z teoretické části disertační práce (i z mé profesní zkušenosti), zejména lékaři se ocitají před eticky dilematickými rozhodnutími, která z problematického přidělování zdrojů mohou vznikat. V ČR není v současnosti zmapováno, jakým způsobem nefrologové vnímají alokaci zdrojů, ani jakou s ní mají zkušenost a této problematice není ve výzkumech cíleně věnována pozornost. Z uvedených důvodů jsem se rozhodla provést na toto téma kvalitativní výzkum. Pro sběr dat jsem se rozhodla využít expertního typu rozhovoru s nefrology jako respondenty výzkumu. K následné analýze dat a interpretaci výsledků jsem zvolila metodu interpretativní fenomenologické analýzy¹⁶⁹ (dále IPA). Analýza a interpretace osobní zkušenosti nefrologů s alokací zdrojů v PDL by měla přispět k naplnění vytýčeného cíle disertační práce, tedy detekci těch etických problémů, které na podkladě problematického přidělování zdrojů mohou vznikat v PDL.

7.1 Metodologické předpoklady výzkumu

Při volbě konkrétní metodologie jsem vycházela z přístupu týmu sociologů v čele s A. Bognerem, B. Littigovou a W. Menzem (2009), kteří obhajují pozitiva expertních typů výzkumů a ze zkušeností sociologů J. Koutné Kostínkové a I. Čermáka (2013), kteří využívají k analýze a interpretaci dat metodu kvalitativního výzkumu IPA.

Podle autorů A. Bognera, B. Littigové a W. Menze (2009) lze při dodržení určitých pravidel ve výzkumu oslovit experty na danou oblast, protože existuje předpoklad, že mají potřebné znalosti o zkoumaném problému. Kdo je identifikován jako expert, a kdo ne, sice plně závisí na úsudku výzkumníka, nicméně nejedná se o libovolnou volbu. Podle výše zmiňovaných autorů lze definovat pojem „expert“ tím, že jsou přezkoumány charakteristiky, které odlišují odborné znalosti od ostatních běžných forem znalostí (např. každodenního života). Výhodou expertního typu dotazování je pak poznání z výlučné oblasti znalostí, která je spojena s potenciální možností lépe definovat situaci. Expertní rozhovor byl zvolen i proto, že jej lze využít právě v situacích, ve kterých je obtížné nebo nemožné získat přístup k určité sociální oblasti.

¹⁶⁹ Angl. *Interpretative Phenomenological Analysis*

Za pozitivum lze považovat i fakt, že dotazovaný expert může během rozhovoru doporučit, případně získat ke spolupráci další odborníky, kteří by mohli na výzkumu participovat a zajistit v této podobě další podporu pro výzkum. Výhodné pro výzkum je, pokud respondent zaujímá klíčové pozice v oboru a má zájem o provedení výzkumu. Lze předpokládat i společné chápání společenského významu výzkumu, což do značné míry vylučuje potřebu jeho dalšího zdůvodnění. Svou roli v celém procesu mohou hrát další faktory, jako je snaha experta měnit ve svém oboru věci k lepšímu a jeho odborná zvědavost.

K naplnění cíle kvalitativního výzkumu jsem z výše uvedených důvodů vybrala strategii sběru dat pomocí tzv. hloubkových expertních rozhovorů s návodem. Důvodem pro volbu tohoto přístupu je, že počítá i s variantou, v níž výzkumné otázky nemusí být na začátku přesně definovány, mohou být měněny nebo dokonce tvořeny až během sběru dat. Vzhledem k obtížné uchopitelnosti pojmu alokace zdrojů a souvisejících etických problémů v PDL jsem uvítala tuto možnost modifikovat a upřesňovat výzkumné otázky i na podkladě postupně získávaných dat. V předloženém výzkumu se tak stěžejním zdrojem dat staly osobní rozhovory s respondenty (Hendl, 2016).

Na druhou nelze opomenout určitá rizika využití expertů pro roli respondentů, které A. Bogner, B. Littigová a W. Merz (2009) předkládají jako možný problém. Jedná se např. o riziko nevhodného zvolení expertů, nekritické víry v pravdivost tvrzení expertů, ovlivnění rozhovorů vlastními předpoklady, nebo možné riziko snahy expertů „ochránit“ svůj obor před nepříznivými poznatky. Je proto nezbytné výzkum správně metodologicky uchopit. Pro eliminaci uváděných rizik jsem se rozhodla k analýze a interpretaci získaných dat využít metodu IPA.

Podle J. Koutné Kostínekové a I. Čermáka (2013) pojem i metodu IPA zavedl filozof J. A. Smith v polovině 90. let pro oblast psychologie zdraví. V současnosti je využívána nejen v dalších oblastech psychologie, ale i v jiných humanitních vědách, např. v ošetrovatelství.

Metoda IPA je vhodná tehdy, když je zapotřebí porozumět prožívané zkušenosti a jejím významům (zkoumanému jevu), a tím ji výzkumníkovi pomůže pochopit. Teoreticky čerpá jednak z fenomenologie, jednak z hermeneutiky, ale i z kognitivní psychologie. Základem IPA je fenomenologické soustředění se na to, jakým způsobem nositel zkoumané zkušenosti tuto zkušenost vnímá a prožívá. Na rozdíl od fenomenologie však k tomuto prožívání zkušenosti výzkumník přistupuje ze svého hlediska tazatele, ovlivněného vlastními zkušenostmi, úvahami a koncepty.

Pomocí interakčního procesu tak může zkušenost respondenta lépe pochopit a interpretovat. Své předpoklady, zkušenosti i znalosti výzkumník tedy nepotlačuje, ale naopak je přiznává, pracuje s nimi tvůrčím způsobem a tyto mu slouží k porozumění zkušenostem respondentů a následné interpretaci. Zkušenost respondenta je pak popsána a vyložena na tomto základě. Nelze se tedy vyhnout subjektivnímu ovlivnění celé analýzy a interpretace, to je však v IPA vnímáno jako žádoucí. Je však potřeba si uvědomit, že díky tomu jsou závěry výzkumu v podstatě prozatímní, časově ohraničené. Pro IPA je typické, že je idiografická, tedy začíná hloubkovým rozbořením jednotlivého případu (rozhovoru) až do té doby, dokud není ukončen. Teprve ve chvíli, kdy je dosaženo porozumění, otevírá se další případ. Metoda je považována za induktivní, jde od konkrétního k obecnému a je tzv. zvědavá. Při aplikaci této metody je využíván tzv. hermeneutický kruh a dvojitá hermeneutika, protože data jsou výzkumníkem postupně fragmentována a následně opět složena do významů. Respondent dává významy své zkušenosti, zatímco výzkumník se těmto procesům snaží porozumět, zachytit je a interpretovat. Zároveň se snaží vnímat i svou roli ve výzkumu. Celý tento proces tedy vzniká ze vzájemné spolupráce respondenta a výzkumníka. Interpretace je pak založena na porozumění detailům v kontextu s celkem a naopak, porozumění celku je propojeno se znalostí jednotlivých detailů. Věrohodnost interpretací je zapotřebí podložit přímými citacemi respondentů. Je zapotřebí si uvědomit, že interpretace nemusí být definitivní, ani uzavřené. Měla by být stále otevřena možnost jejich přeformulování či doplnění (Koutná Kostínková, Čermák, 2013).

Protože je cílem výzkumu porozumět zkušenosti expertů, IPA se jeví v tomto případě jako ideální metoda. Vzhledem ke pozici tazatele, který má určitou osobní zkušenost s PDL, se domnívám, že již nelze zaujmout plně objektivní postoj. V IPA je přiznáno formování výzkumu i z přiznané pozice tazatele, což je v tomto případě žádoucí. Jako výhodný se jeví i fakt, že IPA je považována za jeden z metodologicky „volnějších“ přístupů, lze ji tedy využít více tvůrčím způsobem a svobodněji než ostatní kvalitativní přístupy. Pro výzkumníka v IPA je důležitější hledat svůj styl než se řídit návody. Navíc je metoda vhodná i pro šetření ve specifických nebo zvláštních skupinách, či situacích, což PDL bezpochyby splňuje (Smith, Flowers, Larkin, 2009).

7.2 Cíl výzkumu

Vytýčený cíl praktické části disertační práce vyplývá ze zjištění uvedených v teoretické části a formulovala jsem jej na základě analýzy odborné literatury. Předpoklad, že v ČR s vysokou pravděpodobností existují etické problémy v klinické praxi PDL spojené s problematickým přidělováním omezených zdrojů vedl k otázce, jak zkoumanou problematiku vidí sami aktéři, nefrologové působící v praxi PDL. Cílem výzkumu tak je, pomocí hloubkových rozhovorů s předem vybranými experty – nefrology a následné IPA analýzy takto získaných dat, porozumět jejich zkušenosti s alokací zdrojů, kterou při působení ve své praxi PDL získali. Snahou je zjistit významná témata, která se na základě této zkušenosti objevují v jejich vzájemných vazbách a následně je interpretovat. Součástí výzkumu by mělo být i zjištění, zda experti vnímají alokaci zdrojů v PDL v etických souvislostech, a to i ve smyslu vnímání etických problémů, které ovlivňují klinickou praxi pravidelného dialyzačního léčení. Proto, aby bylo možné vytýčeného cíle mohla dosáhnout, je nutné splnění základního předpokladu, tedy existence a nalezení společných témat, která se u respondentů v jejich zkušenosti objeví. Z tohoto důvodu byl zvolen přísný kriteriální výběr, jehož cílem bylo zajistit homogenní takovou skupinu respondentů, která skutečně disponuje dlouholetou zkušeností s alokací zdrojů. Výzkum by měl ve svém výsledku přinést větší porozumění problematice etických souvislostí alokace zdrojů v PDL a přispět tak k naplnění cíle disertační práce, tedy detekci etických problémů v této oblasti.

7.2.1 Výzkumná otázka

Výzkumník v IPA by měl výzkumnou otázku formulovat fenomenologickým způsobem, tzn. zaměřit ji na to, jak respondenti vnímají a prožívají svou zkušenost se zkoumaným jevem. Základní výzkumná otázka by měla být postavena jako otevřená. V souladu s metodologií byla základní výzkumná otázka formulována následujícím způsobem:

„Jaká je zkušenost expertů – nefrologů s alokací zdrojů v pravidelném dialyzačním léčení?“

Výzkumná otázka koreluje se stanoveným výběrem vzorku respondentů a je tímto způsobem položena i vzhledem k naplnění cíle disertační práce. Otázka je postavena dostatečně široce tak, aby nepředjímala existenci problémů.

Podle metodologických předpokladů IPA lze základní otázku doplnit tzv. sekundární otázkou. Tato otázka může být položena tak, že doplňuje otázku základní a může být podepřena teorií, nikoli ve smyslu, že by ji testovala ověřováním hypotéz, ale může zjišťovat, jak je s teorií v souladu (Smith, Flowers, Larkin, 2009).

Sekundární otázku jsem formulovala následujícím způsobem:

„Vnímají respondenti ve své zkušenosti s alokací zdrojů v pravidelném dialyzačním léčení etické souvislosti?“

To, co považují sami respondenti v této oblasti za významné a zda považují problémy spojené s přidělováním zdrojů v PDL za etické, by se mělo dostatečně projevit ve vynořujících se tématech při analýze dat, čímž by měla být zodpovězena i sekundární otázka.

7.3 Výběr respondentů expertního charakteru

J. Hendl (2016) uvádí, že v kvalitativním výzkumu je obecně některými autory doporučováno provádět rozhovory s maximálním počtem 10–15 jedinců, jiní odmítají přesné stanovení počtu respondentů a doporučují zastavit sběr dat v případě tzv. teoretického nasycení (tedy opakování se již stejných dat). Podle dalších lze kvalitativní výzkum provést i jen s jediným účastníkem. Podle typu výzkumu je rozhovory často doporučováno vést jako nestrukturované s otevřenými otázkami a pro lepší porozumění je možné je provádět opakovaně.

Podle sociologů R. Švaříčka, K. Šed'ové (2014, s. 72) není v kvalitativním výzkumu cílem výběru vzorku požadavek, aby reprezentoval populaci, ale určitý problém. Je tedy nutné vzorek záměrně vytvořit s ohledem na zvolený výzkumný problém, což autoři nazývají „*graduální konstrukce vzorku*“. Respondenti by tak měli mít pestré a dlouhodobé zkušenosti se zkoumaným jevem.

Pro IPA je více autory doporučováno spíše malé množství cíleně vybraných respondentů. Pro účely disertační práce je doporučováno 4–10 respondentů. Důležité je, aby tvořili homogenní skupinu. Tím by mělo být zajištěno, že skutečně disponují zkoumanou zkušeností, a proto jejich data mohou být pro dosažení výzkumného cíle přínosná. Dokonce i jen jeden z nich může představovat tak štedrý zdroj dat, že může tvořit samostatnou případovou studii. Je zde preferována obsažnost a hloubka případů nikoli kvantita, a to tak, aby co nejlépe reprezentovaly zkoumaný jev (Smith, Flowers, Larkin, 2009).

Z tohoto důvodu jsem si již při přípravě praktické části práce ujasnila, že vzhledem k řešené problematice budou rozhovory vedeny s cíleně vybranými uznávanými experty v oboru, tedy lékaři nefrology, kteří dlouhodobě působí v klinické praxi. Hlavním důvodem výběru respondentů expertního charakteru je předpoklad, že oni jsou nositeli zkoumaného jevu a mají s ním bohatou životní zkušenost, protože jsou zároveň těmi, kdo nese největší tíhu odpovědnosti alokačního rozhodování v klinické praxi PDL. Dalším předpokladem bylo i to, že pravděpodobně citlivě vnímají eventuální etické aspekty, které jsou s těmito procesy spojeny. Z důvodu eliminace možných rizik zkreslení jsem při přípravě výzkumu předem určila kritéria výběru expertů. Snažila jsem se přesně definovat, koho lze považovat za takového experta v oboru nefrologie, který požadovanou zkušeností disponuje.

Všeobecně je za experta v oboru považován ten, kdo má rozsáhlé teoretické a praktické znalosti v daném oboru. Shodují se s názorem odborníků P. Janíčka, Marka (2013), že pro to, aby se stal odborník skutečným expertem, nestačí jen samotné oborové znalosti a dovednosti, ale odbornost se musí propojit s emoční inteligencí a profesionalitou. Podle typologie těchto autorů je uznávaným expertem ten odborník, který nejenže dlouhodobě úspěšně působí v oboru, ale získal také uznání odborné veřejnosti.

Dle mého názoru je důležitou charakteristikou fakt, že expert nejenže stále rozvíjí svůj obor a pracuje i nad rámec stanovených povinností, ale zastává také určité morální postoje, které, v případě lékařů, představuje dodržování základních principů lékařského povolání.

A. Bogner, B. Littigová, W. Menz et al. (2009) uvádějí hlavní dimenze odborných znalostí, které se shodují s různými metodologickými a teoretickými požadavky na expertní rozhovor. Expert podle nich disponuje nejen specifickými technickými znalostmi ze svého oboru, ale i procesními znalostmi, které se týkají organizačních konstelací, do kterých je odborník přímo zapojen v důsledku své praktické práce. Procesní znalosti na rozdíl od technických znalostí nesplňují charakter odborných znalostí v užším smyslu (získávané např. prostřednictvím vzdělávacích kvalifikací), ale jedná se o cennou praktickou zkušenost. Experti jsou ve většině případů odborníky, kteří se nacházejí na nižší, střední nebo vyšší organizační úrovni ve vedoucích pozicích soukromých společností, neziskových organizací, ve vědeckých institucích, ve veřejné správě atd. Cílem rozhovoru s expertem je tak shromáždit interpretační znalosti, tj. subjektivní významy, pravidla, úhly pohledu a interpretace, které by měl expert zvládnout předložit.

Vzhledem k charakteru a cílům plánovaného výzkumu jsem kritéria výběru respondentů expertního charakteru stanovila následovně:

- Lékař, který získal plnou kvalifikaci v oboru nefrologie (atestace z oboru nefrologie)
- Alespoň 20letá zkušenost v klinické praxi (z toho alespoň 5 let v PDL)
- Zkušenost s vedoucí pozicí v PDL alespoň posledních 5 let
- Stálá aktivní působnost v klinické praxi v PDL v současnosti
- Aktivní působení v oboru nefrologie alespoň na národní úrovni (publikační aktivity, přednášková činnost, pedagogická činnost, významné činy v oboru)

Důvodem pro stanovení výše uvedených kritérií bylo mnou předpokládané dosažení nejen vysokého stupně odbornosti, profesionality, ale i sociální zralosti či určitého nadhledu i možnost „zpětného ohlédnutí“ do minulých dob. Další premisu představovaly dlouholeté zkušenosti s alokací zdrojů v etických souvislostech nejen na mikroalokační úrovni klinické praxe, ale i zkušenost s úrovní systémovou, makroalokační. Podstatným kritériem pro můj výběr respondentů bylo i jejich stálé současné aktivní působení v klinické praxi, protože je tak zaručen náhled na každodenní klinickou praxi i ze současnosti. Využila jsem svou znalost prostředí a vzhledem k tomu, že mnoho nefrologů znám ze svého původního profesního působení, snažila jsem se při plánování výzkumu určit, kdo nejlépe odpovídá stanoveným kritériím.

7.3.1 Zajištění vstupu do terénu

Předběžně jsem oslovila 11 respondentů z různých hemodialyzačních pracovišť (s dlouhodobým programem PDL), jejichž charakteristika odpovídala výše uvedeným požadavkům na respondenta výzkumu. S pomocí mých osobních kontaktů, ve výzkumu nazývaných jako tzv. *gate keepers*, (český ekvivalent by zněl nejspíše jako otevírači vstupu-uvaděč, někdo, kdo nás dokáže uvést), jsem oslovila vybrané respondenty a telefonicky nebo e-mailem předali zprávu, že je v blízké době budu kontaktovat s podrobnějšími informacemi. Tři z předběžně stanovených respondentů jsem oslovila na základě bývalých osobních profesních vztahů přímo. Po prvním kontaktování jsem zaslala na získanou e-mailovou adresu údaje o sobě, základní tezi výzkumu a návrh formuláře tzv. informovaného souhlasu, který jsem k tomu účelu vytvořila (viz Příloha č. 2 Informovaný souhlas a informace pro respondenta kvalitativního výzkumu). Považovala jsem za důležité seznámit respondenty s hlavními výzkumnými tématy ještě před zahájením výzkumu takovým způsobem, aby měli čas se připravit, téma promyslet, zavzpomínat, třeba i odmítnout.

Z původně oslovených respondentů dva odmítli, jeden z důvodu nedostatku času a jeden z důvodu, že by musel souhlasit zaměstnavatel. Vzhledem k tomu, že nově změnil místo, nepovažoval rozhovor za vhodný. Jeden respondent měl zájem provést rozhovor, ale pouze telefonicky z důvodu nedostatku času. Preferovala jsem však osobní kontakt, tudíž jsem tento rozhovor nerealizovala.

7.3.2 Vzorek respondentů

Výsledný vzorek představuje šest respondentů, kteří splňují všechna kritéria na ně kladená. Pro účely výzkumu a pro zachování anonymizace dat jsem je nazvala jako Respondenty označené číslem, tedy Respondentka 1, Respondentka 2, Respondent 3, Respondent 4, Respondent 5, Respondent 6. Podle přesných identifikačních údajů (typu pohlaví, věku, délky praxe, dosaženého vzdělání, profesních aktivit nebo zaměstnavatele i typu HDS), by byly osoby účastníci se výzkumu snadno identifikovatelné (a to i vzhledem k celkově nízkému počtu nefrologů působících v ČR s podobnou charakteristikou). Kvůli citlivému tématu výzkumu z důvodu zachování co největší anonymity zde tyto údaje nepřikládám. Omezují se na konstatování, že všichni respondenti jsou zaměstnání ve veřejném sektoru, jeden respondent má několikaletou zkušenost ze soukromého HDS. Věková struktura zahrnuje jednoho respondenta do 50 let, pět respondentů je starších 50 let. Čtyři respondenti jsou muži, dvě respondentky jsou ženy. Všichni respondenti splňují výše uvedená stanovená kritéria pro roli experta.

7.4 Role výzkumníka

Jak již bylo uvedeno, v IPA, stejně jako u expertních typů rozhovorů, hraje významnou roli i sám tazatel. Před zahájením výzkumu je podle J. Koutné Kostíkové a I. Čermáka (2013) důležité provést určitou reflexi své zkušenosti s tématem výzkumu, protože výzkumník je svými subjektivními úhly pohledu v podstatě přiznaným participantem výzkumu. To, jakým způsobem vnímá a vykládá své zkušenosti, nakonec vždy vstupuje do následné interpretace dat a výzkum ovlivňuje.

V opakované reflexi na svou vlastní zkušenost s alokací zdrojů v PDL jsem si již při psaní teoretické části práce uvědomila, že problematiku posuzuji právě z hlediska svých prožitků svého několikaletého působení v klinické praxi a že ji stále v určitém smyslu vidím touto optikou.

Díky své zkušenosti předpokládám, že jsem nejbližší roli tazatele s charakteristikou „blízkého“ překladatele zkušenosti, jak jej popsali např. R. Švaříček a K. Šed'ová (2014) a do určité míry i spoluznalce, kdy se užívá pro tento typ tazatele anglického pojmu „*co-expert*“. V mém případě je výhodou, že takový tazatel bývá považován za rovnocenného partnera, s nímž si expert vyměňuje znalosti a informace o dotyčném předmětu. Velkou výhodou je v tomto případě společný odborný jazyk, kdy není třeba v expertních rozhovorech vysvětlovat odborné pojmy. Osobní zkušenost a znalosti z oboru jsou tazatelovou výhodou nejen pro porozumění prostředí i expertům a jejich výpovědím, ale i k zajištění určité důvěryhodnosti výpovědi respondentů (jsou na „společné lodi“). Podobně skutečnost, že tazatel a dotazovaný sdílejí společný systém vědeckého zázemí, může zvýšit úroveň motivace odborníka účastnit se výzkumu (Bogner, Litting a Merz 2009).

Zároveň považuji za výhodu fakt, že v prostředí HDS již dlouho nepracuji, nejsem současným děním a vztahy nijak ovlivněna a nezaujímám zde dlouhodobě žádnou pracovní pozici. Domnívám se tak, že mohu přece jen lépe zachovat určitý odstup a je eliminováno i riziko přílišné angažovanosti v problémech a možné ovlivnění blízkými profesními vztahy.

7.5 Sběr, záznam dat a etické aspekty

Sběr dat jsem prováděla pomocí hloubkových expertních rozhovorů, při nichž se data získávají pomocí nestandardizovaných otevřených otázek, a to s vizí, že lze tímto způsobem porozumět jednání určité sociální skupiny (Švaříček, Šed'ová et al., 2007).

Tento typ rozhovoru jsem zvolila, protože se rozhovory podle zvolené metodologie IPA vedou postupně. Mezi rozhovory je vždy časový rozestup nutný k analýze dat z každého rozhovoru. Informace a data získaná z předchozího rozhovoru tak lze tvůrčím způsobem použít v rozhovoru dalším, tudíž lze otázky modifikovat (Smith, Flowers, Larkin, 2009; Koutná Kostínková, Čermák, 2013).

K rozhovorům jsem využívala návod s tématy, který jsem si pro tento účel připravila. Předem připravený návod je v tomto případě určitou zárukou, že rozhovor se bude týkat skutečně těch témat, která vychází ze základní výzkumné otázky a povede tak lépe k dosažení vytyčeného cíle. Zároveň zůstávají zachovány výhody hloubkového nestandardizovaného rozhovoru, tzn. je na úvaze tazatele, jak a kdy v průběhu rozhovoru získá informace, stejně tak, jaké zvolí konkrétní individuální otázky při jednotlivých rozhovorech. Umožňuje také tazateli v rozhovoru více projevit i své vlastní úhly pohledu (Hendl, 2016).

Návod obsahoval okruhy témat vycházejících z hlavní výzkumné otázky, které byly modifikovány podle J. Hendla (2016):

- **Otázky demografické a kontextové sloužící jako identifikace**

Dotazy: Jak dlouho pracujete v PDL? Jak dlouho jste ve vedoucí funkci? Jaké jsou Vaše aktivity v oblasti PDL (nefrologie)?

- **Otázky na zkušenosti, názory, hodnoty a chování – osobní zkušenost experta s alokací zdrojů v PDL**

Dotazy: Popište prosím svou zkušenost s alokací zdrojů v PDL. Co si myslíte o alokaci zdrojů v PDL? Jaký je Váš názor na alokaci zdrojů v PDL? Co se u vás děje v souvislosti s alokací zdrojů v PDL?

- **Otázky o pocitech a vnímání v souvislosti s alokací zdrojů v PDL**

Dotazy: Co pociťujete v souvislosti s alokací zdrojů? Popište mi prosím podrobně své pocity, které máte v souvislosti s alokací zdrojů. Objasněte mi prosím, jak to máte s alokací zdrojů?

- **Otázky na chování, reakce**

Dotazy: Co děláte, když se děje to, co uvádíte? Jak se zachováte? Jak se rozhodujete? Jak reagujete? Jak reaguje vaše okolí?

Rozhovory probíhaly v období od ledna 2019 do února 2020. Dva první rozhovory jsem provedla zkušebně, jako tzv. předvýzkum.

Všechna setkání s respondenty za účelem rozhovorů byla předem domluvena na určitý čas a většina z nich byla provedena přímo na jednotlivých hemodialyzačních pracovištích v klidném prostředí pracoven respondentů. Jeden rozhovor byl proveden v bytě respondenta na jeho přání, vzhledem k poměrně velké vzdálenosti HDS, kde je zaměstnán. Fáze domlouvání rozhovorů byla poměrně problematická z důvodu sladění mých časových možností, času respondentů a vzdálenosti některých míst rozhovorů od mého bydliště.

Pro přípravu expertů jsem považovala za důležité je včas a podrobně seznámit se záměrem disertační práce i s uvažovaným průběhem rozhovoru tak, aby došlo k vyjasnění vzájemných očekávání. Postupně byly realizovány osobní rozhovory s osmi respondenty. Dva první rozhovory posloužily jako pilotní. Tyto rozhovory byly určeny k ověření, zda bude plánované expertní hloubkové rozhovory možné realizovat podle připraveného návodu a zda je téma nosné pro výzkum. Data z těchto rozhovorů nejsou součástí disertační práce, nicméně mi pomohla modifikovat konkrétní otázky k dalším rozhovorům.

Celkově bylo k účelům výzkumu realizováno šest rozhovorů. Mezi rozhovory byly dostatečně dlouhé časové prodlevy pro transkripci dat, jejich analýzu a přípravu dalšího rozhovoru. Předpokládaný časový záměr jednoho rozhovoru byl stanoven na 60 minut s předpokladem prodloužení, které jsem nechala na úvaze respondenta tak, aby mohl vyjádřit vše, co považuje za relevantní. Rozhovory trvaly průměrně 90 minut (nejdelší rozhovor trval 2 hodiny 30 minut). Rozhovory vedené s ženami byly delší než rozhovory s muži.

Na každý rozhovor jsem se díky současně probíhající analýze předchozího rozhovoru připravila zvlášť a měla jsem připravený i výše uvedený návod, který jsem v každém rozhovoru modifikovala dle informací respondenta a dat z předchozích rozhovorů, takže žádný hovor nebyl zcela identický s předchozím. Na podkladě předchozích analýz dat jsem zařadila témata, která se analýzou předchozích rozhovorů začala vynořovat.

Pro samotnou realizaci rozhovorů jsem zvolila následující obecně doporučený postup:

1. Představení sebe, své role ve výzkumu, představení základní teze výzkumu
2. Získání informovaného souhlasu, který zahrnuje seznámení respondenta s rozhovorem, dotaz na nahrávání, otázky ochrany soukromí a anonymizace dat, získání formálního souhlasu se zpracováním dat
3. Zahájení vlastního rozhovoru
4. Rozhovor
5. Uzavření rozhovoru, poděkování, rozloučení

V úvodní části rozhovoru jsem se představila a prezentovala jsem znovu v základních obrysech disertační práci (všichni respondenti o téma opakovaně projevíli značný zájem). Předala jsem i informace ohledně průběhu rozhovoru, nahrávání a zabezpečení dat, včetně bezpečného uložení informovaného souhlasu a následně z mé strany podepsaný formulář s informacemi pro účastníka výzkumu, který si respondenti přečetli. Vyzvala jsem je, abychom diskutovali případné nejasnosti ohledně informovaného souhlasu a požádala je, v případě souhlasu, o podpis formuláře informovaného souhlasu. Sdělila jsem předpokládaný časový údaj, nutný k trvání rozhovoru, požádala ještě jednou o svolení k nahrávání rozhovoru a spustila diktafon. Rozhovory jsem „otevřela“ tzv. neproblematickými iniciačními otázkami na profesní zkušenosti s pravidelným dialyzačním лечením, na délku praxe, na současnou profesní pozici i na aktivity experta v oblasti PDL, které zároveň posloužily jako poslední potvrzení pro splnění stanovených kritérií k výběru vzorku.

Jiné identifikační údaje, jsem nepovažovala za relevantní, protože výzkumná data jsou striktně anonymizována a s některými údaji, např. s dosaženou úrovní vzdělání, jsem již byla předem obeznámena. V další fázi rozhovoru jsem položila hlavní otázky týkající se zkušeností a názorů s alokací zdrojů v pravidelném dialyzačním léčení. Vzhledem k tomu, že jsem respondentům již při přípravě výzkumu zaslala základní informace o plánované disertační práci, nebyl problém s vyjasněním pojmu alokace zdrojů. Tato část rozhovoru posloužila k volnému vyjádření se experta k hlavním otázkám, současně jako určitý přehled pro mou roli v pozici tazatele a k ujasnění si dalšího směřování rozhovoru. Respondenty jsem vždy nechala volně hovořit k zadanému tématu. Dle mého předpokladu se všichni respondenti na rozhovor předem připravili díky předeslaným informacím ohledně tématu a stručného obsahu disertační práce. Do rozhovorů jsem vstupovala jen minimálně, spíše podpůrně. Všichni respondenti se na podkladě uvedené hlavní otázky „rozhovořili“, nicméně občas byla nutná určitá korekce rozhovoru, ve smyslu návratu k tématu. Někteří respondenti měli občas tendenci „odbočovat“ k jiným tématům. Dokud respondent zůstával u tématu, nechala jsem jej volně hovořit a kladla jsem jen doplňující otázky. Rozhovor jsem zakončila krátkým shrnutím řečeného a otázkami na event. doplnění.

Rozhovory jsem v plném rozsahu nahrávala na diktafon a poté uložila do zašifrovaného souboru na USB nosič (flash), který byl určen pouze k tomuto účelu. Z diktafonu jsem je vymazala. Stejně tak jsem postupovala v případě transkribovaných textů. Transkribované texty jsem následně zredukovala, ale jen minimálně, a to pouze v případě naprostého odbočení od tématu (např. soukromá cesta na dovolenou jedné z respondentek, nijak nesouvisející s výzkumnou otázkou). Celé rozhovory a jejich transkripci v plné podobě považuji za přísně důvěrné a nebudou žádným způsobem prezentovány, vzhledem k údajům v nich obsažených. V části textů z rozhovorů, které jsou použity v disertační práci, v místech, kde by mohla být odhalena, byť nepřímo, identita respondentů, jsou texty striktně anonymizovány. Pro realizaci výzkumu jsem požádala o souhlas s provedením výzkumu Komisi pro etiku ve výzkumu Fakulty humanitních studií UK. Výsledné kladné stanovisko je součástí Příloh předložené disertační práce (Příloha č. 3 Stanovisko Etické komise pro výzkum FHS).

7.6 Analýza dat

J. Koutná Kostínková a I. Čermák (2013) doporučují při analýze postupovat v několika krocích. V první, tzv. nulté fázi je podle nich vhodné nejprve reflektovat svou pozici tazatele. V této fázi je zapotřebí si uvědomit nejen svou motivaci, ale i vlastní postoje a názory, které k výzkumu zaujímáme. Je nutné si ujasnit vlastní roli ve výzkumu, protože jen díky tomuto uvědomění je možné zajistit validitu výzkumu. Subjektivita je zde pojímána jako přednost, která může pomoci vstoupit do zkušeností jiných. V další fázi je nutné opakované poslouchání nahrávek a čtení zaznamenaného rozhovoru, tak, aby došlo k proniknutí do smyslu získaných dat a do respondentova nazírání na zkušenost. Následuje detailní analytická práce s daty, záznam poznámek a komentářů po stranách textu. Po této „kódovací“ fázi spojenou s fragmentací textu, je zapotřebí zformulovat první témata a vlastní interpretace vynořující se z poznámek a komentářů, začít uzavírat hermeneutický kruh a postupně hledat propojení mezi tématy. Tento proces probíhá u všech rozhovorů, ale postupně. Nejprve je analyzován první rozhovor a až po dokončení analýzy se přistupuje k dalšímu. Poslední fázi je hledání souvislostí napříč případy, interpretace a prezentace výsledků.

Analytický proces v mém případě začal již před sběrem samotných dat, a to zvažováním vlastního postoje a mé role ve výzkumu (více viz kap. 7.4 Role výzkumníka).

Sběr dat následovaný analýzou jsem prováděla dle doporučení výše uvedených autorů v několika navazujících fázích:

1. Opakovaný poslech rozhovorů a četba jejich přepisů

Přepsanou nahrávku rozhovoru jsem opakovaně poslouchala a pročítala tak, abych se se záznamem dobře seznámila. Snažila jsem se vnímat i citová podbarvení a nuance v rozhovoru s cílem zachytit další úhly pohledu, a proniknout tak více do respondentovy perspektivy. V této fázi jsem si do transkribovaného textu mezi řádky psala propisovací tužkou prvotní dojmy jako poznámky.

2. Formulace popisných poznámek, podtémat

Data v textové podobě jsem v textovém editoru uspořádala tak, že jsem vytvořila prostor na psaní poznámek. Jednotlivé části textu (věty, odstavce) jsem odlišila různými barvami a vlevo vedle textu jsem odpovídajícími barvami u jednotlivých segmentů zaznamenala pojmy (většinou delší sousloví), které se mi jevily jako zásadní a zajímavé.

Tato sousloví ještě odpovídala spíše základnímu textu a mým poznámkám v textu, ale snažila jsem se je již formulovat tak, aby byla „porozuměním“ toho, jakým způsobem vnímá respondent. Z textu jsem pak seskupila sousloví označená stejnou barvou a začala formulovat první nadřazené abstraktnější pojmy, které tak zahrnovaly odpovídající sousloví. Poté jsem z těchto pojmů začala tvořit první abstraktní kategorie – podtémata, podložená vždy originálním textem vedle textu vpravo (tato část analýzy je v Příloze č. 4 Ukázka analýzy textů).

3. Tvorba hlavních témat

Jednotlivá podtémata jsem následně formulovala tak, aby bylo možné vytvořit nadřazená témata interpretující zkušenost respondenta. Nakonec jsem podobná podtémata soustředila pod jeden abstraktnější pojem, který odpovídal zkoumané zkušenosti. Vytvořila jsem první variantu přehledné tabulky s hlavními názvy témat, jež zahrnovaly více podtémat a příslušející pojmy. Součástí tabulky byl záznam, na kterých stránkách se nachází text odpovídající podtématům Důvodem je požadavek IPA, aby podtémata zůstávala ukotvena v odpovídajícím textu a ten bylo pak možné nalézt a použít pro podepření interpretací.

S touto tabulkou jsem nadále pracovala, opakovaně jsem ji porovnávala s textem a pojmy. Hlavní témata jsem seřadila jednak podle četnosti, s jakou se v datech objevují, jednak podle intenzity, tedy množství času (odpovídající délce textu a důrazu, který respondent kladl na téma v rozhovoru) a s tím korelující důležitosti, kterou tématu respondent přiřkládal. Pokud se téma netýkalo zkoumaného fenoménu, bylo následně vyřazeno.

4. Propojování témat, hledání vzorců

Tímto způsobem jsem postupovala u všech textů. Postupně se začala rýsovat společná témata. Po celém procesu jsem hledala propojení jednotlivých témat ze všech textů. Aby mohlo být téma interpretováno jako hlavní, je podle metodologie IPA nutné jeho objevování se nadpoloviční většiny respondentů. Výsledkem je identifikace několika hlavních témat, která reprezentují zkušenosti respondentů s fenoménem alokace zdrojů v PDL. (Příloha č. 5 Četnost výskytu témat ve výpovědích respondentů). Témata, která se neobjevila ve větším množství než u poloviny respondentů, byla vyřazena.

7.7 Výsledná interpretace dat

Jednotlivá interpretovaná témata a podtémata, která se z textů vynořila, jsem uspořádala do přehledného seznamu a znázornila je přehledně v Tabulce č. 1.

Tab. č. 1 Hierarchický přehled výsledných hlavních témat a podtémat interpretovaných z analýzy textů IPA

Hlavní téma	Podtéma
Náhled na makroúroveň alokačního rozhodování	Úhrady zdravotní péče Systémová pravidla Kontrolní mechanismy Bonifikační programy Soukromé vlastnictví HDS
Vnímání rizik	Rizika týkající se nefrologů Ohrožení pacientů Nedostatečná kontinuita péče Non-compliance pacientů
Strategie zvládnání	Naše úspěchy Opozice Neřešení
Osobní vztahy	Pocity vůči kolegům lékařům Role „dialyzačních“ sester Vztah k oboru Postoje k zaměstnavateli Vztah k pacientům

7.7.1 Náhled na makroúroveň alokačního rozhodování

Jako první jsem do seznamu hlavních témat zařadila téma nazvané **Náhled na makroúroveň alokačního rozhodování**. Důvodem jeho zařazení je nejen vysoká frekvence přiřazených pojmu, ale i intenzita pocitů, která se v souvislosti s těmito pojmy v rozhovorech objevovala. Téma **Náhled na makroúroveň alokačního rozhodování** se natolik úzce prolíná se všemi dalšími tématy, že je lze označit za téma klíčové. Dlouhodobá zkušenost, kterou respondenti mají s rozhodovacími procesy na makroúrovni, se týká zejména oblasti přidělování finančních zdrojů na zdravotní péči v PDL. Lze konstatovat, že u všech participantů výzkumu se tato zkušenost pojí s prožíváním převážně negativních pocitů. Dotazovaní experti makroúroveň rozhodování přidělování financí na PDL spojují s nepříznivými následky, které se různým způsobem projevují v jejich klinické praxi, a proto se téma velice úzce prolíná s dalším tématem nazvaným **Vnímání rizik**.

Téma **Náhled na makroúroveň alokačního rozhodování** je také propojeno s tématem pojmenovaným **Strategie zvládnání**. Při respondenty popisované zkušenosti s alokací zdrojů na makroúrovni se pro ně ukazuje jako nutnost nějakým způsobem v praxi reagovat. Respondenti proto volí různé strategie k řešení potíží, které popisovaný stav provází, což je doprovázeno pestrou škálou pocitů. S tématem **Náhled na makroúroveň alokačního rozhodování** souvisí i téma označené jako **Osobní vztahy**. Nejen osobnost samotných respondentů, ale i to, jak se vyrovnávají s obtížemi, které jim přináší současný systém alokace zdrojů a jakým způsobem je řeší, významně ovlivňuje jejich osobní vztahy.

První podtéma v tématu **Náhled na makroúroveň alokačního rozhodování** jsem označila pojmem **Úhrady zdravotní péče**. Dotazovaní experti v rozhovorech opakovaně popisovali svou dlouholetou zkušenost se systémem nastavení úhrad zdravotní péče zdravotními pojišťovnami. Všichni respondenti vyjadřují negativní pocity, které se týkají úhrad výkonů zdravotní péče, protože je spojují s řadou problémů, které se objevují v klinické praxi PDL. Respondenti považují přístup ke stávajícím výkonovým úhradám zdravotní péče ze strany zdravotních pojišťoven za nespravedlivý, nerovný a ohrožující. Výhrady mají především k systému přidělování financí, v němž je rozdílným způsobem hrazena zdravotní péče různým zřizovatelům zdravotnických zařízení. S pocity nelibosti vnímají odlišnosti mezi úhradami za zdravotní výkony zdravotnickým zařízením poskytujícím PDL. Upozorňují na zásadní rozdíl mezi úhradami určenými nestátním HDS (v rozhovorech je označují různými pojmy, např. soukromá, ambulantní, satelitní, privátní, řetězce) a úhradami poskytovanými státním (veřejným) HDS. Nestátní HDS jsou v současné době podle respondentů v naprosté většině v gesci soukromých zřizovatelů, jimž je zdravotní péče hrazena výkonovým způsobem. Naproti tomu státní HDS, která jsou přiřazena pod různá zdravotnická zařízení (nejčastěji se jedná o různé typy nemocnic), mají jinou formu úhrad (v případě respondentů se jedná o paušální platby). Stávající systém rozdílného nastavení úhrad vyvolává u respondentů značné pochybnosti o jeho rovnosti, správnosti a spravedlivosti. Zároveň v rozhovorech popisují své konkrétní zkušenosti s takto nastaveným systémem plateb a vyslovují řadu obav ohledně dopadu tohoto stavu na klinickou praxi. Podtéma je tak úzce spojeno s podtématy **Rizika týkající se nefrologů a Ohrožení pacientů** (viz téma **Vnímání rizik**). Stejně tak experti uvádějí nutnost ve své klinické praxi řešit závažné problémy, které z této situace vyplývají, tudíž je zde viditelné propojení s podtématy **Neřešení** nebo **Opozice** (viz téma **Strategie zvládnání**).

Respondent 3 a Respondent 4 vyjadřují své pochybnosti o spravedlivosti nastavení systémového přístupu při existenci rozdílného hrazení výkonů zdravotní péče zdravotními pojišťovnami. Zároveň věří, že pravidla by měla být nastavena pro všechny stejně.

„Co by mělo být férový, je, že ta platba by měla bejt hlavně pro všechny stejná. Buď bude pro všechny paušální, nebo pro všechny výkonová. Ale ono je to tak, že nemocnice jedou na paušál, takže ta dialýza je pro nemocnici jedna padesátina celýho objemu, a ambulantní satelity jsou prostě výkonový, protože to je prostě jedna jednotka. A to je podle mě divný, že jsou jako rozdíly, ambulantní a nemocniční. Takže v těch nemocnicích, že by ta kompetice měla bejt srovnatelná. Všichni stejný. Buď mají mít všichni paušál, nebo mají mít výkon. To mě připadá, že by mělo bejt víc férový. Ten systém jako takovej.“ (R3)

„Co není dobrý je, že řetězce mají určitě, maj smlouvy výkonově, takže co výkon, to počet bodů, pak to přepočítají na koruny. Kdežto naše nemocnice mívala dlouhodobě nasmlouvaný jakýsi paušál, v tom byly i ty počty výkonů, počty bodů ambulantních a dialýz. Pravidla by ale měly být pro všechny stejný. (R4).

Existence rozdílů v úhradách rozhořčuje i Respondentku 1, která ji považuje za eticky nepřijatelnou.

„Celá otázka morálky v alokaci zdrojů začíná někde jinde, mnohem vejš. Dejme tomu, já začnu od úrovně pojišťovny, protože ta pojišťovna má, dejme tomu, nějaké peníze, ty uvolní. Nejsem si úplně jistá, že to, na co je uvolní, je úplně vždycky čistě z pohledu na zodpovědnost za zdraví lidí. A že se chová, někdy, no, podle mého názoru platí za úplně nesmyslné věci, a pak klidně nechá vybírat sbírky. A platí. A platí dobře! Platí opět další rovina, která má etické rozměr a to, že sice pojišťovna platí, ale jak? Někomu pojišťovna platí za body, a tam si udělaj nějaký koeficienty, takže někdo má ty body za víc a někdo stejnej počet za míň, protože koeficienty jsou tam tiše vloženy. A co je horší, pojišťovna za totéž, to znamená za dialýzu, má ještě jinej přístup, a to sice platí paušálem. Paušálem platí takhle, ta dialýza je prováděna někým, kdo má dialýzu jako hlavní náplň, anebo někým, kdo ji má ve svém portfoliu. Fakultní nemocnice ji mají v portfoliu a pokud by tam ředitel říkal, já to chci cash, jako to mají támdle, tak mu řeknou, dobře, pak vám ale ty příplatky na ty novorozenecký nedáme. Je to v rámci hospodaření celý nemocnice, nedají tu extraplatbu za ty novorozence. To není možný, rozdělit na privátní dialýzy cash, a státní dialýzy paušál. To je eticky tak, tak strašný, že, že, no.“ (R1)

Respondenti upozorňují v této souvislosti na fakt, že HDS, která vedou, se snaží poskytovat komplexní péči, a to včetně hospitalizace pacientů se zdravotními komplikacemi, což v případě paušálního typu plateb podle jejich názoru znamená finanční ztráty.

Úkorným způsobem tuto situaci nese Respondent 5, který vztahuje současné nastavení systému úhrad za zdravotní péči vzhledem ke konkrétním potížím v klinické praxi. HDS, které tento respondent vede, na komplexní zdravotní péči věnovanou pacientům „doplácí“.

„Pak, ale když tady máme hospitalizovaného pacienta, kterej potřebuje dialýzy stejně, jako když k nám dochází, tak nám to pojišťovna nehradí, protože to je jaksi v rámci platby za lůžkoden. Takže ta dialýza nákladově stojí nějaký peníze a ty finance na lůžkoden to nepokryjí. Takže tam je to ztrátový. Navíc pak, když máme pacienta, který leží na ošetrovatelských lůžkách, kde potřebuje rehabilitaci, je to chronik, kterej je pravidelně dialyzován, za ty ošetrovatelský lůžka máte podle kategorie cirka 1000 korun na den, tak kdybyste z toho měli platit ubytování a stravování, zdravotní péči a k tomu ještě dialýzu, tak se to tím samozřejmě nepokryje vůbec. A tohle je ta věc, samozřejmě, na kterou ty nemocnice doplácí a nevydělaj na tom. Z pohledu našeho lůžkového zařízení.“ (R5)

Podobně i Respondent 4 vyjadřuje pocit zklamání v souvislosti s tím, jaká péče je poskytována pacientům na pracovišti (které vede) a tím, jak je následně hrazená

„My máme tu možnost zabezpečit tu péči komplexní pro toho pacienta, a tudíž si myslím, že bychom měli být jinak hodnoceni jako fakultní nemocnice než satelitní středisko, ale bohužel.“ (R4)

Další podtéma, které jsem identifikovala v tématu **Náhled na makroúroveň alokačního rozhodování**, jsem nazvala **Systémová pravidla**. Zkušenost respondentů s procesy tvorby systémových pravidel, která jsou platná pro poskytování PDL, je prezentována jako ohrožující a vyvolává u nich řadu nepříjemných pocitů. V první řadě se jedná o pochyby, které se týkají aktérů rozhodovacích procesů vytvářejících systémová pravidla pro alokaci zdrojů. Jako problematický vnímají respondenti fakt, že rozhodovacích procesů se většinou neúčastní nefrologové ze stávající klinické praxe, tudíž rozhodujícím činitelům chybí aktuální vzhled do praxe PDL, a nemohou tak rozhodovat správně. Navíc respondenti pochybují o jejich odborné erudici i motivaci.

„A tohle už dobrý není, ten zvlčilej systém. To je úplně ujetý. A obávám se, že většina těch, co to rozhodují i dneska, tomu vůbec nerozumějí. Jestli tam sedí jeden dva nefrologové, no prostě jinak úředníci.“ (R5)

„A kdo ty směrnice dělal? Kdo je dělal? Dyť já to vím, dělali je ty profesoři, kteří mají zásluhy, k pacientovi už vůbec nejdu, protože už dávno nesloužili. No, a tak se svolaj a řeknou si: Hele, víš, co, uděláme tady směrnice.“ (R1)

„A zase, kdo vymyslel, že musí bejt na každý dialýze a ve službě, že musí bejt nefrolog? Musí tam být primář, nefrolog, ten to zaštiťuje, ale pak tam pod jeho vedením můžou pracovat ostatní, že jo, který jsou třeba v přípravě, že jo. Ale zase si to myslím, já jsem to nestudoval, personální vybavení, ale to zase musela doporučit odborná společnost tý pojišťovně, že jo.“ (R6)

Pochybnosti panují o průběhu dohodovacích řízení úhradových vyhlášek. Podle Respondenta 4 se řízení účastní zástupci poskytovatelů zdravotní péče, což ovlivňuje výslednou podobu úhradových vyhlášek. Podle něj se řízení účastní zástupci soukromých firem (tedy vlastníci HDS) a zástupci veřejných zdravotnických zařízení. Tento stav respondenti reflektují jako hrozbu, protože zástupci soukromých zřizovatelů jednájí za své zájmy, tedy cíleně podporují „svá“ HDS, která vlastní, zatímco zástupci ze státních zdravotnických zařízení vystupují v zájmu celého zdravotnického zařízení, jehož je HDS jen jednou z mnoha součástí.

„A ještě Vám řeknu, že to je jinak v tom, že vyjednávání na ministerstvu nebo teda o úhradový vyhlášce vyjednávají zastupitelé nebo zástupci poskytovatelů této péče, tudíž zástupci dialyzačních středisek. No ale tam vyjednávají, co já mám informace, zástupci firem, protože ty mají ty střediska, kdežto za nemocnice tam jde zástupce nemocnice a ten z nemocnice neví o dialýze vůbec nic, třeba. Ne, třeba abych já tam mohl jít, jako přednosta, nebo z nefrologie – někdo se zkušeností, tak my tam nejsme u toho vyjednávání, nevím, jestli tam je zástupce Čéenes (ČNS pozn. aut.) nebo to já nevím, ale ohledně domluvy úhradový vyhlášky tam zasahujou tydle ty, který mají samozřejmě zájem, aby ta úhrada byla pro ně zajímavá.“ (R4)

Velice negativně vnímanou zkušeností, která podle respondentů ve svém výsledku ohrožuje pacienty ve smyslu snížení kvality zdravotní péče, je experty uváděné systémově nastavené limitování rozsahu péče a času, kterými lékaři vůči svým pacientům disponují. Zdravotní pojišťovna, podle jejich slov, striktně určuje, kolik a jaké výkony zdravotní péče lze provést za určitý čas a pouze při dodržení limitů jsou následně uhrazeny. Podtéma se tak prolíná s podtématem **Úhrady zdravotní péče** (viz téma **Náhled na makroúroveň alokačního rozhodování**).

Všichni respondenti se shodují v přesvědčení, že čas ani rozsah péče nelze ukotvit ve shora formulovaných „zprůměrovaných“ pravidlech. Dotazovaní experti naopak věří, že přístup k pacientovi je vždy zapotřebí přizpůsobit jeho individuálním potřebám. Podtéma **Systémová pravidla** se z těchto důvodů ve vysoké míře prolíná zejména s podtématem **Ohrožení pacientů** (viz téma **Vnímání rizik**) a **Vztah k pacientům** (viz téma **Osobní vztahy**).

Respondentka 1 reaguje na limitování výkonů dialýz zdravotní pojišťovnou údivem. „*Já nevím, proč by jeden týden měl být nula a druhý týden tři?*“ (R1)

Respondentka 2 vztahuje problém limitování času pojišťovnou ke své zkušenosti s nutností individuální potřeby času pro pacienta. Uvědomuje si, že limitování času u rozsahu péče o pacienty je pro ni neúnosné.

„*Víte, co to je, když vám pojišťovna diktuje, že na kontrolu a pohovor máte tolik a tolik minut? Rozumíte, to prostě nejde. Já někdy můžu udělat pacienty za půl hodiny a někdy udělám jednoho a pak se to vleče...Každej přeci nemůže bejt stejnej, někdo to toleruje tak, a někdo ne, opravdu. A musí si člověk umět pohrát, třeba já, když přepisuju, co budeme ten den s tím pacientem dělat, jako při tý dialýze, tak si zapřemýšlím přístroj leccos umožní. A nemůžu schematicky nastavit čas, a ultrafiltraci. Nějaký změny přeci, vždyť to je výjimečný. Nebo co sedí jednomu, nemusí sedět druhýmu.*“ (R2)

Respondent 4 taktéž trvá na větší individualizaci péče a limitovaný rozsah péče jej znepokojuje i vzhledem k omezování kompetencí lékaře jako odborníka.

„*Navíc kromě toho ještě tam dali budget, že tam se nesmí překročit veškerá poskytovaná péče v těch výkonech a teďka je myslim 900 tisíc, jo. Bylo ta asi 800 nebo 850 tisíc za rok. Ale to je prostě jaksí. Tam jsou ustanovený normy, a to máte stejný jako peritoneální dialýzu, to si dělá každej den a jsou tam daný kódy, který se vykazujou.*

Tady jsou taky kódy a voni tam dají ještě budgetovej limit. A ten pacient..a ...ten výkon zní, že to může mít 5-7x týdně. To je přece podle toho, jak kdo to potřebuje, někdo je silnej někdo slaboučkej a stačí mu dvě hodinky denně, koukne na fotbal. No prostě a oni řeknou jenom 5x. To je jako... no, někdo to prostě potřebuje víckrát. Takže pojišťovna nejenom, že limituje, ale dokonce, že jenom 5x týdně, že to může mít. I když nevím, co je pojišťovně do toho, aby nám říkala, jak často to ten pacient potřebuje, protože každěj to potřebuje jinak, tu denní dialýzu, a to je jako kdyby říkala, že antibiotika mám dávat jenom jednou denně, když je má dostávat dvakrát třeba.“ (R4)

Respondentka 2 obšírně posuzuje současnou situaci optikou svých dlouholetých zkušeností. Porovnává současnost s minulostí, kdy byl podle ní z hlediska časových možností přístup k pacientům příznivěji nastaven. Reaguje odmítavým postojem na změny ve zdravotnickém systému, který se podle ní obrací k nevhodným zahraničním vzorům. Negativně hodnotí omezování času a narůstání administrativy, které souvisí opět s úhradami péče. Nastavená pravidla podle ní odvádí lékaře od přímého kontaktu s pacienty a ovlivňuje jejich komunikaci. Respondentka 2 vyjadřuje také pocity obav o kvalitu péče.

„Problém je taky čas. My jsme měli víc času skutečně trávit s pacientem... Dneska furt se o všem mluví, ale ono se počítá a na minuty a na to, aby hlavně byla pěkná dokumentace, no to mně štve nejvíc. A myslím si, že musí být, ale dneska má každý tákovouhle složku a jak se furt podepisuje, a tak. Pravdou je, že když jsem asi tak z kraje devadesátých let navštívila jednu nemocnici ve Vídni, tak pro mě bylo překvapující, jak sestry měly barevný tužky, protože do těch chorobopisů psaly barevně, třeba červeně, modře, žlutě, asi 4 tužky. To sem přišlo po těch dvaceti letech, ale myslím si, že se ta medicína obrátila trošku k tomu americkému způsobu, a nikoliv evropskýmu, a to platí dodnes. Ale pravdou je, že i v tý Americe, když ten doktor má čas, to znamená za peníze. Víte, co myslím. Třeba ne, tak to taky chodí jinak, než, když prostě pracuje na tu pokladnu, jo? A to vidíte i tady, že i někteří touží furt chodit někam do soukromí, pak to zakazují a to nejde. Nevím, je to prostě, je to asi vývoj doby. To neznamená, že my, jak já říkám konzerva jo, ale já bych tak nechtěla být ani léčena. Já neříkám, že doktoři jsou jako odborníci špatní, určitě ne, ale chybí jim čas věnovat se tomu pacientovi. Chybí komunikace, protože to je opravdu velký problém, časový.“ (R2)

Někteří respondenti také negativně vnímají, že systém úhrad zdravotních výkonů, který je zdravotními pojišťovnami poměrně štedře nastaven v oblasti proplácení výkonů dialýzy, podhodnocuje či vůbec nezohledňuje některé další, ať již alternativní nebo nadstandardní výkony poskytované zdravotní péče.

Respondentka 1 reflektuje s pocity nespravedlnosti nehodnocení postupů nadstandardního (z hlediska času nebo rozsahu) či expertního charakteru (využití speciálních znalostí a dovedností lékaře). Tato nefroložka také vyjadřuje obavy ohledně dalších následků systémového nastavení úhrad zdravotní péče ve smyslu ohrožení pacientů.

„U toho pacienta jsem to dělala zadarmo, po pracovní době, a musela jsem tam uplatnit expertní znalosti. Kdyby totéž bylo v chirurgii někde, nechci říct okresní město, tak ten člověk má dialýzu. Buď to cash, takže pojišťovna prodělá, jo, anebo v paušálu, takže pojišťovně to bude jedno, ale nemocnice prodělá. Jo? A kdyby to ještě bylo cash, tak si ten doktor vydělá. Tím, že nic neumí, tak si vydělá. Ale z a to, že se dialýza neprovede a pacient není dialyzován, protože nepotřebuje, je nula, nula, nula.“ (R1)

Respondent 4 prožívá jako chybné a omezující pro pracoviště a pro pacienty, že není ze strany zdravotních pojišťoven dostatečně finančně podporován alternativní postup domácí dialýzy. Domácí dialýzu je pak nutno omezovat tak, aby se pracoviště vešlo do stanovených finančních limitů, přestože je pro některé pacienty metoda vhodnější.

„To samý třeba ta domácí dialýza. No, to je podhodnocený. Já, kdybych to propočítal, tak bych vypočítal 20 pacientů nebo 30 pacientů, tak je to v řádu, no, nebudu počítat, ale to je jednotka miliónů. A určitě to není proto, že by na tom chtěl někdo vydělávat, ale je to pro prospěch pacientů, ale aby to bylo rentabilní, aspoň... Protože ta technologie je nová, samozřejmě drahá, je to o něčem jiném, možná teď se ukážou jiný konkurenti s jinejma přístrojema, uvidíme, ale prostě ty platby jsou prostě neadekvátní. Přitom v republice je to pár jedinců, pár desítek jedinců, který s tímhle tím začínají, takže pro pojišťovnu je to kapička, slzička v moři těch peněz, co voni utratěj. No, a to je zase to, co nás limituje, protože, když se na to podívám, protože my v rámci nemocnice musíme hospodařit racionálně, tohle to je takový, že jsme vopravdu na hraně...No, sice to hradí pojišťovna, ale je to velmi špatně hrazený, není to profitabilní, je to dobrý jenom pro toho pacienta, kterej se cítí velmi dobře a profituje z toho, ale finančně je to, jak já říkám, monkey business.“ (R4)

Do tématu **Náhled na makroúroveň alokačního rozhodování** jsem zahrнула jako další podtéma, které jsem interpretovala jako **Kontrolní mechanismy**. Při analýze dat se objevila respondentky vnímaná jako nedostatečná nízká úroveň vnitřní i vnější kontroly zdravotních pojišťoven. Experti uvádějí jako problematickou a ohrožující tu skutečnost, že kontrolní mechanismy, uplatňované ve zdravotních pojišťovnách, nejsou dostatečné, zejména pokud se týká nastaveného systému přidělování finančních prostředků. Podtéma tak úzce souvisí podtématem **Úhrady zdravotní péče**. Respondenti v této souvislosti pocítují a v souladu s tím i vyslovují různá podezření. Podle jejich slov tím, že pojišťovna poměrně štědře hradí výkony dialýzy a celý proces není nijak zvlášť kontrolován, existuje tendence pacienty dialyzovat kvůli ekonomickému zisku. Podtéma **Kontrolní mechanismy** se tak úzce prolíná s podtématem **Ohrožení pacientů** (viz téma **Vnímání rizik**).

Respondentka 1 se kriticky vymezuje vůči kontrolním mechanismům pojišťovny. To, že kontrolní mechanismy považuje za nedostatečné, jí přináší opět pochybnosti o správnosti a spravedlivém nastavení makroúrovně alokace finančních zdrojů. Respondentka považuje tuto situaci za morálně a eticky neúnosnou.

„A není nikdo, kdo by tam z jejich vnitřních auditů nebo na výzvu jich samotných jim šel zkontrolovat, jestli tam nemají třeba někde ty zbytečný výdaje nastavený naprosto úplně evidentně špatně. A koeficienty jsou neznámé, neověřené, proto tím pádem nepodrobené objektivnímu postupu nebo náhledu. No, a to teda nějakým způsobem platí pro nefrologii. Takže v té nefrologii je zásadní morální, etické, morální rozpor, kterej vzniknul na úrovni pojišťovny možná s tichým nebo hlasitým souhlasem dalších linií nebo jistě ano. A je udržovanéj, etablovanéj, není nikdy danéj k diskuzím k posouzení, ke korekci, k nějakému tomu, tý objektivizaci nebo já nevím, třeba by znovu obstál. Já nevím, ale není nikdy otevřený, a sice pojišťovna platí za dialýzu. Body, body, body, ještě koeficienty, a ještě nějaký bonusy a tydle. Ta pojišťovna tedy platí a otázka je za co. To je podle mě druhý, druhý bod, kde by nějaká etika měla své umístění. Rozhodně se pojišťovna nezpovídá, rozhodně se nedává veřejné obhajobě a veřejným nástrojům, zdali ta rovnost nebo to cílový těch plateb je správně. Takže kdybychom šli čistě po těch etických stránkách, tak jich tam najdeme mraky, mraky a všechno je to, všechny jsou spojený s alokací zdrojů.““ (R1)

Respondent 6 vidí problém ve vstřícnosti a benevolenci nastavení pojišťoven, v chybějících kontrolních mechanismech a vztahuje je k možnému ohrožení pro pacienty.

„Ono možná jako tam je i faktor toho, že tím, že jsou tak vstřícně nastavené pojišťovny nebo myslím si, že jsou vstřícně nastavený, že s tím nedělají problém. Vlastně oni neřeší jako jestli, když ten člověk je indikován k dialýze, tak oni nepřezkoumávají nějaké parametry, je to na lékařích. Samozřejmě jsou nějaké parametry a ty by ten pacient měl splňovat, ale nikdo to nezkontroluje potom. Tak jako je docela logické, že asi nebudeme dialyzovat nikoho, kdo tu dialýzu nepotřebuje, někdy jsou fakt lidi, který dialýzu nepotřebují. A to tady teda jako trochu bohužel jako v Čechách je. Já si myslím, že je to díky i týdletý benevolenci, protože to nikdo nekontroluje, a tak. (R6)

„Od ty pojišťovny slyšíte to někdy? Vždycky slyšíte jenom, že je průšvih, že v týhle nemocnici něco zkažili, ale ptá se někdo vůbec, co dělá ta pojišťovna? Kontroluje to někdo? Vždyť by měli všem předkládat účty. Dokonce i těm pacientům, a ne jenom na vyžádání. A vychovávat je.“ (R2)

Do tématu **Náhled na makroúroveň alokačního rozhodování** patří i podtéma nazvané **Bonifikační programy**. Zdravotní pojišťovny podle slov respondentů zavedly bonifikační programy, které mají podpořit snahy HDS o lepší kvalitu dialyzační péče. Zkušenost s různými podobami těchto bonifikací ze strany zdravotní pojišťovny je nedílnou součástí běžné klinické praxe dotazovaných expertů. Z jejich strany jsou přijímány různým způsobem v závislosti na typu bonifikace a na zkušenosti, kterou s nimi mají. Vesměs souhlasné stanovisko zaujímají dotazovaní nefrologové k bonifikačním programům určeným k podpoře TPL.

Respondent 6 se domnívá, že podpora TPL ve smyslu bonifikací ze strany zdravotních pojišťoven je zcela na místě.

„Pojišťovny si daly dvě a dvě dohromady...Pokud jsou pacienti indikovaný, v pohodě transplantovaný, tak je jasně prokázáno na tvrdých datech, že to metoda nejefektivnější a nejlevnější. Protože v momentě, že to je nejlevnější metoda, a ještě je nejlevnější proč. Je to metoda, která má málo komplikací kardiovaskulárních z dlouhodobého hlediska. A pokud to není jako velmi komplikovaná TPL, nějaká jako závažná komplikace, tak ti pacienti jsou nejmíň hospitalizovaný.“

A to už nejenom z hlediska těch financí, ale z hlediska komfortu života. To je jako prostě metoda číslo jedna. Takže, takže tam jako je to, podle mě ta motivace je správným směrem.“
(R6)

Respondent 3 uvedl svou zkušenost s bonifikačními programy podpory TPL, které považuje za žádoucí, přesto s určitými drobnými výhradami. Respondent považuje za pozitivní podporu těch odborníků, kteří se aktivně podílejí na realizaci TPL. Na druhou stranu vnímá negativním způsobem, že odměna není určena přímo jim.

„Takže to jsou různé pilotní programy, který si myslím, že mají velkej význam. Buď k tomu, že nějakým způsobem trošku oceněnej ten kolektiv, kterej se stará o vyhledávání dárců, ať už zemřelých nebo živých nebo zařazovaných do čekací listiny, takže to myslím, že je jako dobře a je to takový jako, je to spíš takový poděkování. Ale ty peníze nejsou velký, ale princip to splňuje, je to dobrý. Bylo by ale prima, kdyby to končilo ve výplatní pásce toho člověka, který se na tom podílel. Protože by to mělo skončit dál, než někde na ředitelství a z toho to spadne někam bez adresně.“ (R3)

Podobně vidí tuto bonifikaci i Respondent 4.

„Tam je to vodstupňovaný, když někoho dispenzarizujete nebo prostě někoho zařadíte a budete a začnete ho vyšetřovat jako k TPL. Takže tam je nějakej malinkej bonus a když se jako dotáhne do konce TPL a vodtransplantuje se, tak dostanete dvacet tisíc. Ale je to o tom, že on stejně musí splnit všechny ty kritéria k tý TPL, aby byl vhodnej. A ten doktor za to nedostane nějaký hrozný peníze. On vůbec ne. My tady z toho na pracovišti neuvidíme nic. Když to dostane, tak to zůstane u špitálu a nazdar. A že by sem poslali odměnu tomu, kdo ho tam zařadil, to ne.“ (R4)

Respondent 5 schvaluje bonifikační programy podporující TPL, a to z toho důvodu, že povede ke zlepšení situace ohledně podezřelých praktik soukromých HDS.

„Jako to je dobrý. Cílený to bylo právě na tydlety střediska, protože je tam overtreatment a než by je zařadili do tohodle programu a vypadli jim z dialyzačního, na kterým voni vydělávaj, takže to je k transplantaci nezařazujou.“ (R5).

Respondentka 2 necítí pro sebe v souvislosti se zavedením bonifikací žádnou velkou změnu, která by pracoviště nebo její pacienty mohla ovlivnit. S určitým despektem zvažuje situaci „svého“ HDS a HDS soukromého. Přesto pozitivně hodnotí, že zřizovatel pracoviště získá za odvedenou práci alespoň částečnou kompenzaci.

„No víte, co já si myslím, víte, vo čem to je? Nebo co tím básník mínil? Pro nás se nic nezměnilo, my zařazujeme prostě objektivně a snažíme se co nejvíc těch lidí tam zařadit, a to já garantuju tady. A to, že to zbonusujou nepovede k tomu, že budem jich víc zařazovat. My máme ty starý nemocný, který jsou kontraindikovaný k transplantaci. U nás se to neobjeví. Objeví se to v tom, že přece jenom jako ta nemocnice za tu práci přece jen něco dostaneme, ten bonus.“ (R2)

Na rozdíl od bonifikací podporujících TPL hodnotí každý respondent bonifikace kvalitativních ukazatelů dialyzační léčby odlišným způsobem. Někteří respondenti je vítají, jiní odsuzují.

Respondent 4 považuje tento typ bonifikací za vhodný. Ve spojitosti s tímto typem ohodnocení doufá ve vylepšení stávajícího stavu financování na HDS, které vede. Věří, že při splnění těchto pravidel budou odborníci z jeho pracoviště spravedlivě oceněni za náročnou práci, kterou odvádí.

„Ted' minulej rok se uzavřelo nějaký memorandum ministra s poskytovateli zdravotní péče ve smyslu, že se zohlední kvalitativní ukazatele, které nastavila Česká nefrologická společnost. Když se to splní, tak pojišťovna proplatí určitými bonusy, proplatí nějaký tyhle věci, takže tam ty halíře úhrady za bod by se posunuly. To je trošičku obrat v tom, že se začíná ta úhrada měnit a mírně zlepšovat proti tomu poklesu, kterej tam byl, a to je práce, hmm, která, no nemusíte tu činnost dotovat, takže asi tak bych to řek. Aspoň za nemocnici, že by to mělo být zajímavý pro nemocnici, já mluvím o nemocnici, nemám zkušenost s nějakýma satelitama nebo řetězcema, nebo tak, ale pro nemocnici jistě je to činnost, která je profitabilní z mého pohledu, v počtu bodů. Tydle ty bonifikační programy by, si myslím, že by měly prospět. No a jestli se nepletu a takhle mi to bylo i vysvětleno, tak my bychom měli být lépe oceněni, protože by tam měl být bonus i za ten třisměnej provoz nebo za ten nepřetržitý, jak to máme v nemocnicích.“ (R4).

Podstatně negativněji vnímá pojišťovnou nastavený bonifikační program, který zohledňuje splnění kritérií kvality konkrétních laboratorních parametrů dialyzační léčby, Respondentka 1.

Přestože pravidla kvalitní dialyzační péče definují zdravotní pojišťovny na podkladě doporučení odborných nefrologických společností, tak tento program odsuzuje. Jeho následky považuje za závažný etický problém, protože v důsledku snahy o dosažení takto definované kvality péče jsou v důsledku aplikace kritérií v praxi ohroženi pacienti PDL jako uživatelé tohoto typu zdravotní péče. Respondentka 1 vidí kvalitu péče v jiných dimenzích, než je splnění pojišťovnou definovaných laboratorních hodnot. Spatřuje ji v těch aktivitách, které zajišťují individuální přístup ke každému pacientovi. Navíc vyslovuje podezření, že uvedená kritéria kvality slouží i k jiným účelům, a to ke znevýhodnění těch HDS, která přijímají ve větší míře pacienty se závažnými komplikacemi zdravotního stavu.

„Co považuju za absolutně amorální, nejen, dejme tomu, eticky problémový, ale absolutně neetické, amorální, jako úplně příšerné je, je stávající systém, kdy pojišťovna platí, jako navíc, dokonce i v případě naší nemocnice, to je cash, za takzvaný kritéria kvality. No a na to je tabulka. A teď se předhánějí, kdo je udialyzuje. Oni pak po dialýze vstanou, zamotá se jim hlava, spadnou a zlomí se jim nos v lepším případě. A když je tomu člověku 82, co já si vezmu na nějakém Kt/V pro Boha? Ty kritéria kvality jsou, jako dobře, tak my je samozřejmě splníme, jako dobře, chtěj to, mají to, chtějí nějaký hemoglobin, nějaký fosfáty, tak máme nějaký hemoglobin a nějaké fosfáty. Ale když teda hodnotím kvalitu, tak hodnotím, jestli je doktor dostupný 24 hodin denně, jestli, jestli má ten pacient jako vyhodnocení v rámci toho, že opravdu jeho dialýzu nejde udělat pro něj příjemněji a líp, jestli má minimum zbytných komplikací, to znamená infekci cévního přístupu nebo něčeho. Je to dané na nějaký fosfor, což je intenzita dialýzy, no, tak, a přitom to vůbec. Tam je handicap. Ono je to dělaný pro handicap, jako k využití handicapu...Protože, jestliže je tam life expectancy nějaká, tak my, jako státní samozřejmě toho maligního pacienta zabereme. No a já na něm budu chtít nějaký dietní režimy? Copak jsem spadla jako z nebe? Tak jak to nahoře začíná, tak jak to i teď nahoře pokračuje, že se dají kritéria kvality seshora s velkým souhlasem Český nefrologický společnosti, která si od toho slibuje, že centra dostanou víc peněz. To znamená nemocnice jim to zpracovávají, přes nějaké kanály počítačové a nemocnice, že část těch peněz dá České nefrologické společnosti jako zprostředkovateli a už tohle to prostě stačí k tomu, aby to bylo, že se tak zvaně zkvalitnějí data do registru. V registru jsou data, dobře a výsledek je, že je veřejně dostupný. Je veřejně dostupné pořadí pracovišť, v tom jaké mají ten fosfor. Jdou po těch guidelineech.“ (R1)

Podtéma s názvem **Soukromé vlastnictví** zahrnuje pojmy interpretované z analýzy textů i rozhovorů, které se týkají pocitů respondentů vyplývajících ze vzrůstajícího vlivu soukromé sféry v PDL. Podle účastníků výzkumu stávající systém úhrad za výkony zdravotní péče a pravidla pro poskytování zdravotní péče výrazně znevýhodňují veřejná zdravotnická zařízení poskytující PDL, zatímco soukromé vlastnictví je v této oblasti podporováno. Všichni respondenti upozorňují na stále vzrůstající počet soukromých HDS v ČR, který považují za neopodstatněný. Většina respondentů také upozorňuje na některé praktiky soukromých firem, které vlastní HDS. Soukromí vlastníci jsou podezříváni z různých nekalostí, a to zejména ve spojitosti s jejich potřebou ekonomicky profitovat. Tato podezření zahrnují i úvahy o rizicích hrozících pacientům na soukromých HDS, a to ve smyslu nadměrného indikování dialyzačních výkonů. Respondenti se domnívají, že výkony v soukromém sektoru mohou být prováděny i z ekonomických důvodů, tedy bez ohledu na to, zda dialyzační léčba pacientům prospívá. Experti reflektují, že soukromá HDS získávají nové pacienty pomocí různých, a to i ohrožujících strategií a aktivně atrahují ty pacienty, kteří se jeví výhodnější z hlediska očekávané délky dialyzování. Upozorňují v této souvislosti i na malý zájem soukromých HDS dialyzovat pacienty s nízkou očekávanou délkou života a se závažnými zdravotními komplikacemi. Tito pacienti naopak podle dotazovaných expertů zůstávají ve větším množství v péči státních HDS. Tím, že mají řadu komplikací, zvyšují náklady zdravotnického zařízení a respondenti jsou přesvědčeni, že jsou tímto způsobem státní HDS i finančně znevýhodněna oproti těm soukromým. Podtéma **Soukromé vlastnictví** je tak z velké části propojeno s podtématem **Ohrožení pacientů a Nedostatečná kontinuita péče** (viz téma **Vnímání rizik**). Respondenti se také domnívají, že současná situace, která panuje v oblasti soukromého vlastnictví HDS, má značný nepříznivý vliv na nefrology působící v PDL. Proto je podtéma propojeno i s podtématem **Rizika týkající se nefrologů** (viz téma **Vnímání rizik**).

„Není úplně normální, že tady vlastně ten dialyzační trh, nebo jak to mám nazvat, ono to není nic jinýho než trh, je rozdělený mezi dvě firmy a dneska už menšinu státních dialýz a v podstatě, to je prostě, když to přeženu trošku, tak výrobce určuje poptávku, že jo.“ (R5)

„Ta situace je taková, že to ti nahoře pustili k privatizaci, tak to je stejný, jako pustili k privatizaci nemocnice, laboratoře, rentgeny a všechny výtěžné procesy. A nechali to být. A teďko horko těžko ty nemocnice figurují a hospodařej.“

Když si vezmete, že nás je pár, co jsme státní a jinak všechno je privat. Všude jsou tydleti a ty nemocnice to pustily. To je prostě neuvěřitelný.“ (R4).

„Já si myslím, že ty centra, no, vždyť to máte, proč je velký obchodní centrum, tam je něco levnější než na vesnici a tam zanikají ty krámky, že jo, protože to nemůžou utáhnout, jo? Protože tam jim přijdou za hodinu tři lidi, ale v centru přijde tři sta lidí za hodinu, takže i ty ceny jsou ovlivňovaný. Víte co? My z toho zisk nemáme. A když vezmete, že ty řetězce ano. A to není problém jenom u nás. Mám známý třeba kamarády jako třeba v Německu nebo ve Francii, takže to je stejný prostě. Žene je co nejvíc efektů, a co nejvíc výkonů. Já ty teda řetězce, když jsem viděla. To nás to tak nežene.“ (R2)

Respondent 6 chápe jako příčinu souvislost nastavení štedrého systému úhrad za výkony dialýzy, které koreluje s narůstajícím počtem pacientů.

„A jako jistě není to hrazené špatně, vzhledem k tomu, že počet dialýz jako těch soukromých narůstá a samozřejmě je to i ruku v ruce s tím, že narůstá počet dialyzovaneých pacientů, který tu péči neustále potřebujou. No, podle mě to je jako věci nadstandardního nastavení pojišťoven.“ (R6)

Respondent 4 vnímá jako ohrožující vysoký počet soukromých HDS vzhledem ke svému pracovišti. Pociťuje bezmoc ohledně šance konkurovat privátním HDS. Vyslovuje také podezření ohledně jejich praktik, které se týkají získávání nových pacientů.

„Protože konkurence je kolem nás. My jsme v obklíčení privátních středisek, který určitě dokážou lépe si sehnat pacienty, protože dokážou motivovat nebo nějakým způsobem spolupracovat s periferií, s těma lékařema, který s nima spolupracujou, to my nemáme tyhle možnosti.“(R4).

Respondenti přidávají podezření, že pacienti s komplikovanou diagnózou nejsou na soukromých HDS příliš častým jevem a uvažují o důvodech tohoto jevu.

„Je to handicap těch státních nemocnic, protože ty musejí dialyzovat ty lidi s myelomem, lidi s rakovinou. Oni ty soukromý onkologický pacienty nemají, pakliže mají, tak jenom dejme tomu ojedinele nebo, nebo někdo je má třeba, to nemůžu říct, ale víceméně tam nejsou. Takhle, tak nevím, možná je i mají, ale ty pacienti tam nejsou vítáni a nejsou tam atrahováni. (R1)

„A teď řeknu zjednodušeně, jsou střediska, kde mají prostě třeba míň starých pacientů, víc těch schopných, a takových těch doopravdy chronických.“ (R6)

„Naše spektrum pacientů je takový, že my prostě budeme mít těch pacientů vhodnejch k transplantacím vždycky míň než náká satelitní dialýza.“ (R4)

„My nedostáváme pacienty, jenom ty hrozně komplikovaný. A je to o to divnější, že jsme jedna z největších nemocnic v republice a ta by samozřejmě měla generovat záchyt chronických pacientů. Jenže když někde řeknete na nějakém oddělení, jak to, že jste toho pacienta neposlali k nám? Když jste u něj zjistili selhání ledvin? Tak oni řeknou, pacient má dneska volbu zdravotnického pracoviště a on bydlí já nevím, blízko soukromýho střediska nebo něco a má to blíž tam. Takže to je jasný.“ (R5)

Zdravotní péči, kterou na pracovišti poskytují, vnímá Respondent 4 jako daleko náročnější než péči, kterou poskytuje nestátní HDS ambulantního typu. Pociťuje jako nespravedlnost, že pracoviště, které vede, nedostává za odvedenou práci adekvátní odměnu. *„Naše nemocnice samozřejmě poskytuje péči úplně jinou než satelitní středisko, takže tam by mělo bejt nějaký odstupňování, ale ve všech oborech, platby vod pojišťovny, protože my se o toho pacienta postaráme komplexněji, a máme tady i ty komplikovanější pacienty. To odstupňování by tam mělo být.“ (R4)*

Respondentka 1 vyslovuje vyloženě odsuzující hodnocení soukromého sektoru. Pochybuje mj. o motivech pořádání osvětových akcí ze strany soukromých řetězců. Podle této lékařky jsou důvody čistě ekonomické.

„A tohleto já jako jsem nikdy, a to, jsem se v soukromym nikdy neocitla, pakliže bych ocitla, tak bych to nesnesla, ani, ani chvíli, takže bych to nemohla dělat, protože to vím, tak jsem se těm všem cestám vyhnula, a to je třeba jeden z motivů, proč jezdím tak daleko do práce... Jo a všechny ty dny nefrologický, nebo ten Den nefrologie u těch řetězců, je o tom, aby atrahovali pacienty, ze kterých pak budou mít tu dialýzu, že jo. My chceme atrahovat pacienty, protože je to onemocnění ledvin němý, tak takhle, to jo.“ (R1)

Na druhou stranu si někteří respondenti uvědomují, že soukromá HDS jsou lépe technologicky vybavená. Dokonce tím, že používají své materiály i přístroje, mají podle některých respondentů větší možnost ušetřit.

„U soukromých subjektů, třeba firma XXX, si používají svoje přístroje, svůj spotřební materiál a tím pádem vlastně snižuje – náklady. To je třeba potenciální výhoda“ (R6)

„Ale řetězcový dialýzy určitě nedělají špatnou medicínu, to ne, technologický vybavení a všechno určitě mají dobrý, protože voni jsou na špici v celým světě a mají dobrý tydlety metody.“ (R4)

7.7.2 Vnímání rizik

Další velké téma, které se z pojmů na podkladě analýzy dat z textů vynořilo, jsem pojmenovala jako **Vnímání rizik**. Jak již bylo uvedeno výše, respondenti spojují zkušenost se systémovým nastavením alokace zdrojů s řadou ohrožení a problémů, které se následně promítají do klinické praxe PDL. Podle jejich mínění se tato ohrožení různým způsobem dotýkají všech zúčastněných aktérů i uživatelů zdravotní péče. Zvláště citlivě vnímají a v souladu s tím i opakovaně popisují potíže, které se týkají lékařů působících v PDL. Z těchto důvodů jsem jako první významné podtéma v tomto tématu interpretovala jako **Rizika týkající se nefrologů**. Z analýzy dat vyplynula zkušenost všech respondentů s následky nedostatečného počtu nefrologů působících v klinické praxi PDL, který považují za závažný. Důvody jsou podle nich různé, ale za jeden z nich považuje většina respondentů i to, jakým způsobem jsou alokovány zdroje na PDL. Jako zásadní se ukazuje vliv stávajícího stavu makroúrovně alokace finančních zdrojů na motivaci nefrologů vykonávat svou profesi. Jak již bylo uvedeno, respondenti jsou přesvědčeni, že v PDL je díky uspořádání systému přidělování zdrojů nadřízenými institucemi dlouhodobě zvýhodňována soukromá sféra oproti té veřejné. Tento stav podle nich nijak nepřispívá k řešení nízkého počtu nefrologů, spíše naopak. Situace je natolik vážná, že je respondenty považována za ohrožující pro stávající praxi PDL. Dotazovaní experti opakovaně popisují svou zkušenost s podhodnocením práce nefrologů, zejména ve státních zdravotnických zařízeních. Podle jejich slov patří mezi hlavní obtíže nepoměr mezi odváděnou prací a následnou odměnou. Nefrologové, přestože jsou na státních HDS pracovně vytíženi, nedostávají podle svých slov za svou práci adekvátní odměnu, a navíc jsou svazováni nevyhovujícími pravidly.

Podtéma je tak do velké míry propojeno s podtématem **Systémová pravidla** (viz téma **Náhled na makroúroveň alokačního rozhodování**). Na druhou stranu mají vzhledem k situaci chybějících nefrologů i značnou jistotu, že nebudou propuštěni. To vše v důsledku znamená, že nefrologové ztrácejí motivaci k dalšímu rozvoji, a to nejen k osobnímu, ale i k rozvoji oboru, ve kterém působí, což opět ohrožuje hlavně pacienty. Podtéma se tak spojuje následujícím podtématem **Ohrožení pacientů** (viz téma **Vnímání rizik**).

Všichni respondenti se vyjadřují k počtu nefrologů působících v klinické praxi podobným způsobem, všichni jej považují jej za velice nedostatečný.

„Protože nedostatek nefrologů je úplně dramatickejší, chyběj desítky nefrologů v republice. Jmenovat se hemodialyzační středisko, je marketingově úplně hrozný, protože jako atrahování mladých lékařů na tenhle ten pojem, na tenhle ten název, je jako... (R1)

„Nejsou nefrologové. Těch nefrologů je relativně málo, protože oni ne všichni jdou po atestaci. A taky vím, že v těch malejch dialýzách je právě problém, vůbec ten doktor chybí.“ (R3)

„Nefrologů je žalostně málo. Moc to netáhne.“ (R6)

„Během posledních pár let je boj o zdravotníky. Samozřejmě že tam potřebujete zdravotnickej personál, lékaře, který musíte solidně zaplatit. No a problémy jsou s počtem nefrologů.“ (R4)

Respondent 5 zdůrazňuje vliv nepříznivých okolností na motivaci ke vzdělávání těch nefrologů, kteří působí na malých státních HDS.

„Takového primáře, který je na malý státní dialýze se vzdělávat nedonutíte, protože on odjet nemůže, je tam sám. Navíc taky není tlačěn, aby to všechno zvládnul do detailů, protože on si tam vystačí. Navíc jsou přijati na místa, kde mají naprosto jasno, že jsou nevyhoditelný.“ (R5)

Respondent 3 reflektuje situaci na státních pracovištích podobně, ve smyslu nízkého počtu lékařů, který vede k dalším potížím, zejména přetížení a spolu s tím i ztrátu motivace. „Jenomže z těch 40 % státních, taky jaká je tam situace, jo? To jsou často pracoviště, kde je jeden doktor nebo jeden a půl doktora, jeden nefrolog. Nestíhají! Jo, nebo jsou úplně vyhořelý, já nechci nikoho konkretizovat.“ (R3)

Respondentka 1 vyjadřuje určitou bezmoc nad situací, kdy jsou lékaři státních HDS nuceni za stávajících nevýhodných podmínek pracovat a přes veškeré snahy je jejich práce nedoceněna.

„No a ty nefrologové, co jsou v paušálu, tak prostě musejí zřejmě nějak si přehodnotit nebo zhodnotit svoje vlastnosti, který se nehodí do tržního hospodářství a platí tam bohužel, že dobře, my tedy za ně uděláme tu práci, máme teda fixní plat, kterej je garantován ve výši, kterou moc neříkáme, protože je směšná a nejhorší je, ale, že když ty práce uděláme víc, tak nedostaneme nic. Když tam jsme přesčas, tak nedostaneme nic, protože přesčas je tzv. služba. Ale když slouží nějakou nedouk, protože nedouků tam mám takhle a když se něco děje, tak tam někdo z těch atestovaných musí zůstat. Musí zůstat dělat a nemůže si vykázat hodiny a nemůže si vykázat nic. Protože státní nemocnice tento paušál má tak, že musí i s tím paušálem, musí nám prostě, a to napříč, napříč, nastavit takovej systém, kdy nám prostě tu práci ztíží. To není tak, že by nefrologie neměla zapláceno, protože my máme přesčasy. To je tak, že to nemá nikdo zaplácený...Tak ty expertní znalosti, který mám, ty jsou pro ty ostatní, jako no, to je můj problém. To se očekává. Očekává se, ano, ona to vyřeší, no vyřešila to, dyť má atestaci, že jo.“ (R1)

Podle dotazovaných expertů se také díky této situaci otevírá cesta pro různé praktiky soukromých zřizovatelů ohledně získávání nefrologů ke spolupráci. Participantů výzkumu s despektem reflektují, že lékařům jsou soukromými zřizovateli nabízeny lepší (zejména platové) podmínky a tím jsou lákáni pracovat v soukromých HDS. Následkem tohoto jednání státní HDS trpí ještě větším nedostatkem nefrologů. Zřejmé je zde propojení s výše uváděnými podtématy **Soukromé vlastnictví** a **Systémová pravidla** (viz téma **Náhled na makroúroveň alokačního rozhodování**). Respondenti v této souvislosti uvažují o vlivu nastavených systémových pravidel na étos lékaře, kdy je morálka lékaře vystavována ekonomickým tlakům.

„No lékaři jsou do soukromých přetahováni, oni mi to vždycky řeknou, a oni na to nereagujou naštěstí. Ty, co se nechali přetáhnout, to byli ti, který já jsem stejně nechtěla.“
(R1)

„A priváty nefrology přetahují, přetahují.“ (R3)

„Ale pořád v soukromém jsou vyšší ty platy. To se dá říct. Takže mě teďka zlanářili jednoho doktora, kterýho možná znáte, mého zástupce tady, vedoucího. Zlanářila mi ho firma a bude jezdit 100 km. On mi tvrdí, že to o prachách není, že je tady strašně dlouho, že už chce změnu. No dobře, ale jako, dyť tady by po něm hráblí všichni, že jo, no ale to je blbost, taková dálka, všechno. Ale zlanářili mi ho, to sem nečekal, myslel jsem, že je tu spokojenej. On teda tvrdí, že to zistný není, ale určitě mu dali něco navíc, no.“ (R4)

„Ty firmy nefrology přeplácej a firmy, teda řetězce, jako je nejmenovaný, jako ty řetězce, tak ty mají u nás já nevím kolik 65 % ze všech dialyzačních středisek, tak ty mají jiný možnosti zaplatit ty lékaře, než třeba fakultní nemocnice nebo okresní nemocnice.“ (R6)

Respondentka 1 popisuje situaci nedostatečného počtu nefrologů obšírněji. Nedostatek lékařů podle jejích úvah vede k řadě nežádoucích jevů v klinické praxi, které považuje za eticky problematické. Jedná se zejména o nedostatečnou motivaci velké části nefrologů dále se vzdělávat a rozvíjet ve své profesi. Tento stav je podle ní podpořen nejen malým počtem nefrologů v klinické praxi, ale zejména tím, jak je nastaven systém alokace zdrojů na makroúrovni. Respondentka 1 uvažuje i o morálce lékařů. Uvádí jako pro ni překvapující, že většině nefrologů tato situace nevádí anebo se s ní nějakým způsobem vyrovná. Objevují se i vyjádření obsahující pocity opovržení ohledně lékařů, kteří se „zpronevěřili“ svému povolání a neodpovídají představám respondentů o správném lékaři. Na druhou stranu si uvědomuje, že nelze paušalizovat, ale vždy se jedná o otázku individuální, tedy vnitřního nastavení morálky každého lékaře.

„Že není nefrolog jako nefrolog, je to je další etickej moment, kterej je řetězce záměrně, záměrně udupanej, protože, kdo by pak tam dělal toho primáře, když nejsou nefrologové. No, oni to ví, že tam jde nedouk. A ve fakultní nemocnici tam je nějakej primář, a jestli ten primář je sám nedouk, tak to tam nikdo neví. Takže si pozvou nefrologický konzilium, a to je závazný. Což je úplně špatně. Nikdo to opět neřeší, protože je málo nefrologů.“

Ten, co jde za cash, ten ty prachy dostane, aniž by něco uměl a ten, co je za ty peníze nebo v tý nemocnici, tak ta nemocnice si ho taky nemůže dovolit úplně vyhodit. Za prvý se tam všichni znají, za druhý něco, za třetí možná von něco umí, někomu tam z nich pomoh. Dobře, dobře. Ale ten člověk není vůbec nijak motivovanej, aby si ty znalosti dostal na expertní úroveň. A to je další morální rozpor, kterej už je pak v myslích těch samotnejch lékařů, kteří to ale vytěsní. Z těch nastavených parametrů, tak jak jsou, o těch etickejch problémech, tak, jak začínaj nahoře a pokračují, že výstupem je převaha nefrologů, kteří jsou jako zaměstnaní na takové pozici a takovým způsobem, že nemají naprosto žádný důvod a motiv se vzdělávat. Takže to je další a další, vlastně na té konečné fázi toho chování doktora, jaký arteficiální situace jsou před něj postavený a je to zase etický a morální problém, který ale doléhá na něj. Ne na plátce, protože ty to vůbec neřeší, že jo, ale je to problematika alokace zdrojů, která je v několika bodech špatná, hned od začátku a ten doktor je potom vlastně konzumentem tý špatnosti a je vystaven vlastně ještě se s tím vyrovnat a k mému překvapení se s tím vyrovná. Nebo ne vyrovná, ale adaptuje se na to. Z hlediska toho jednotlivého lékaře, jak on se potom chová, tak on má buď, buď má cash, což je v nefrologii málokdy, no a pak je motivace finanční. Ale znám nefroložku, která je ambulantní a vůbec to nemá tak, že by byla motivovaná financema, a myslím, že, že jako platí proto, aby mohla pracovat. Takže i to je o lidech, ale na druhou stranu, když ten člověk má tři malý děti a manželku na mateřský a ta mu řekne, že ty děti by se mohly podívat taky někde, tak se tak chová. Ta otázka je, jak je na tom von, potom s tou spokojeností. V řetězci tam ty doktoři jsou v takovým jakoby presu, v takovým jako tlaku.“ (R1)

Respondent 4 vyjadřuje obavy o personální obsazení „svého“ pracoviště a spatřuje důvody neutěšeného stavu v nesprávném systémovém nastavení a podhodnocení práce lékařů ve státním zdravotnickém zařízení, kde je práce náročná.

„A kde je vzít, když ne každěj nefrolog chce dělat dialýzu. Ten si chce dělat svojí ambulanci, chce dělat klinickou nefrologii, akutní selhání a podobně. Nefrologové, třeba u nás, já mám tu zkušenost, protože jsme nefrologicky zaměřený, tak si tu cestu najdou. Tady začínají po škole, ale jak dlouho to trvá. A teď vám to řeknu, co. Nastoupily šikovný lékařky, dva roky na interní kmen, pak další tři nebo čtyři, než se dostaly k atestaci, tak to máte 5-6 roků, no samozřejmě, jak odatestujou, tak chtěj mít rodinu. Takže dvě nefroložky jsou teďko na mateřský a já se budu modlit, aby se za dva za tři roky vrátily.“

Teda oni se chtějí vrátit, aspoň to deklarují, ale stalo se mi taky, že byly atestovány z nefrologie z interny, měly rodinu, dvě děti, udělaly si atestaci z praktik, koupily si obvod a dělají teď obvodáky a jsou spokojeny. Protože přece jenom někdo na ně neřve, nikdo je nenutí sloužit, mají svůj byznys, a dělají ho dobře, jsou zkušený a koupí si tu svoji praxi, kterou si zaplatí, protože to funguje. Praktický lékařství to prostě funguje a je to. Nefrologie není lukrativní pro toho doktora, ta je lukrativní pro majitele.“ (R4)

Respondentka 1 a Respondentka 2 také zvažují celkový vliv a morální úpadek společnosti, kterým si vysvětlují i jednání některých lékařů. Domnívají se, že myšlení a přístup řady lékařů díky změnám smýšlení společnosti prochází proměnou.

„Opakovaně si říkám jako, co to v nás je a připomíná mi to strašně tu šedou zónu těch lidí, který jako si nechaj jako víc líbit. Oni jako chtějí tu svobodu, ale zároveň si s ní nevědí rady a zároveň jí klidně zaprodaj. Protože není-li jiná volba, tak prostě já žádnýho dialyzačního disidenta dělat nebudu, takzvaně v uvozovkách, a oni jsou jaksí na druhou stranu s tímhle tím umlčení obrovským platem. Ten plat, vy ho asi víte, já ho taky vím, a jenom se prostě modlím, aby mi ty moji doktoři nedali vale. No, některým lidem to prostě nevadí. Takže těm lidem asi nevadí celá ta etická rovina. Oni dostanou zapláceno. A tím to končí, a tohleto je bohužel hrozně častý a je to bez ohledu na intelektuální rovinu. Ukazuje se taková ta určitá vyprázdňenost morální té společnosti. Celý ten systém tvorby těchletěch těch cest s tím zřejmě počítá, a jakási ta etika v tom se týká asi deseti nefrologů. A ty to nějak vidějí. Myslím, si, že to vidí, ale každé trochu jinak. Nemyslím si, že by se každé zamejšlel.“ (R1)

„Jenže právě, to je to překvapující pro mě, oni to nevyužívají, ono se změnilo i myšlení mnohých těch doktorů, všichni se honějí, jak je to v tom světě, peníze. A je jich málo, co to dělají z lásky. Já trošinku fakt postrádám takovej ten, to nadšení trochu.“ (R2)

Důležitým podtématem v tématu **Vnímání rizik** je podtéma pojmenované jako **Ohrožení pacientů**. Stávající situace problematického přidělování zdrojů v PDL znamená podle dotazovaných expertů ohrožení pacientů jako uživatelů zdravotní péče v PDL. Ohrožení pacientů se týká období celého procesu PDL, tedy jak predialyzačního období, tak již probíhající dialyzační léčby. Všichni respondenti reflektují v této souvislosti následky systémového nastavení alokace zdrojů.

Často se tak objevuje zřejmé propojení podtématu s výše diskutovanými podtématy **Úhrady zdravotní péče, Systémová pravidla a Soukromé vlastnictví HDS** (viz téma **Náhled na makrolokační úroveň**). Respondenti, jak již bylo uvedeno výše, pokládají za problematický výrazný nárůst počtu dialyzačních míst v soukromém sektoru, který je podporován současným systémem úhrad zdravotní péče. Z analýzy rozhovorů vyplývá, že respondenty vnímaný vyšší tlak na plné obsazení dialyzačních míst, který je spojený s ekonomickými výhodami pro zřizovatele, a to opět zejména v oblasti soukromého vlastnictví, může znamenat řadu negativních následků pro pacienty. Respondenti se tak obávají ohrožení pacientů ve smyslu nadměrného indikování výkonů ze strany soukromých HDS. Tato situace se týká jak zahájení PDL, tak již probíhající terapie. V případě období zahajování PDL spatřují respondenti souvislost se stále narůstajícím počtem pacientů s chronickým onemocněním ledvin. Enormní nárůst počtu pacientů s potřebou PDL, který byl a stále je ze strany odborníků neočekávaný, vede u respondentů k pocitům podezření a obav z nekalých praktik těch zdravotnických zařízení, která následně z PDL ekonomicky profitují. V první řadě dotazovaní experti hovoří o riziku zvýšení tlaku soukromých zřizovatelů na indikování pacientů k přístrojové hemodialyzační léčbě, která je ze strany zdravotních pojišťoven výhodně bodově ohodnocena a soukromí zřizovatelé z ní mají přímý finanční prospěch. Z analýzy dat pak v této souvislosti vyplývá respondenty popisované riziko předčasného nebo nevhodného indikování k PDL u těch pacientů, kteří by nemuseli být léčeni přístrojovou hemodialýzou. Podobně experti nahlízejí i na možné ohrožení pacientů ohledně již probíhající PDL. Zde jim vadí hrozící preference hemodialyzačního léčení před možnostmi volby těch alternativních postupů, které jsou vzhledem k pacientovu stavu vhodnější, např. konzervativních postupů, TPL nebo paliativní léčby. Za vážný etický problém lze podle slov respondentů považovat riziko zneužívání pacientů jako finančního zdroje, ze kterého zřizovatelé HDS ekonomicky profitují.

„Prostě, zase, nikdo nepřichází s tím, aby se zvažovalo, zdali se začíná dialyzovat ten, kdo to opravdu potřebuje. A ono to tak není. Pakliže jsem v řetězci, tak to je samozřejmě cash, což ten doktor pocejtí, protože je tlačěn do toho, aby dialyzoval, takže jsou hodnoceni, kolik mají nových pacientů apod. A nových pacientů má ten doktor kolik, že jo? Kolik mu tam spadne? Ne, ne, ne, kolik si jich vytvoří...No a k dialýze? Tam je ještě další šílený rozpor, a sice, že tím, jak jste placená nebo tím, jak jsou ty body za tu dialýzu.

At' už v paušálu nebo jakkoliv a není, prostě je 0 bodů za to umění nedialyzovat, tak je tam ještě další úplně příšerný moment. A sice, my chceme dialyzovat co nejpozději. Protože, jako, přece nebudu dialyzovat někoho, kdo může být bez dialýzy, jo? “ (R1)

„Dneska, tady v Český republice, vždyť my máme nejvíc dialyzačních středisek na milion obyvatelstva, máme v každý vesnici, podívejte se na mapu. Dřív byla nedostupnost, teď naopak hraje roli enormní dostupnost. Takže, podle mě, se často lidi zařazují do dialyzačního programu dříve, než by bylo třeba... Ale to zařazování je předčasné, protože jsou i takoví kteří říkají, že se to vyplatí, rozumíte. Ten člověk, co tady vidí ty hodnoty, říká jéžišmarja abych něco nezmeškal a neuváží, že ten člověk bude třikrát tejdně, šest hodin někde a mohl být třeba jen dvakrát nebo by se to mohlo celý odsunout.“ (R2)

Respondent 3 se obává, aby nebyli pacienti dialyzováni na úkor možnosti TPL. Porovnává situaci se zahraničím, kde převládá v drtivé většině soukromý sektor a považuje německou praxi za odstrašující příklad.

„A co se týká soukromých středisek, oni jsou velký, takže na počet jich zase ještě nebude tolik, možná 60 %, 69 % nebo tak něco, ale počtem pacientů, které obhospodařují, budou ještě větší. Takže jde o to, aby v rámci výkonový platby nebyli brždění k transplantaci pacienti, kteří ji mohou podstoupit. No v Německu, tam se vůbec nebavím o alokaci zdrojů, že jo. Tam je to všechno privátní, že jo. Tam jsou privátní lékaři a jsou tam ty řetězce a tam je tak tragický, že oni si zničili i transplantační program. Tam čekají pacienti třeba na transplantaci deset let. Samozřejmě, že dialýzy z toho mají úplně prě a je vlastně úplně jedno, jestli mají pacienty v čekací listině nebo ne, protože von stejně žádnou nabídku nedostane. To je úplně jinde.“ (R3)

Respondent 4 podezírá soukromá HDS nejen z předčasného zařazování, ale i z nepodporování alternativních možností přístrojové hemodialýzy. Na druhou stranu si je vědom, že situaci neposuzuje z osobní zkušenosti se soukromou sférou.

„No a kdybychom byli středisková, tak se konzervativním managementem nebudeme vůbec zabývat a rovnou je budeme dávat na dialýzu. To samý předčasné zařazování, to se pořád říká, nó. Na soukromém středisku nemůžu vyloučit, že mu řeknou, jó vy potřebujete, vy máte kreatinin 500, potřebujete dialýzu. No, já se k tomu nebudu ani vyjadřovat, protože to je jedna paní povídala, ale traduje se to tak. Zneužívání pacientů jako zdroje na těch střediscích, který jsou zaměřený na zisk, to se traduje.“ (R4)

Respondent 5 přemýšlí o vlivu nárůstu počtu dialyzačních míst na stále se zvyšující incidenci chronického selhání ledvin a tápe nad důvody tohoto stavu. Při hledání vysvětlení porovnává tuto situaci v ČR se zahraničím a vyslovuje pocity nedůvěry, které spojuje s potřebou naplnění přehnaně vysokého počtu dialyzačních míst ze strany HDS. Vyjadřuje i obavy o pacienty, kteří se v PDL léčí, ve smyslu neúměrného a nevysvětlitelného navyšování počtu pacientů. V této souvislosti vyslovuje podezření, že se tak děje neetickým způsobem čistě z ekonomických důvodů, a obává se i nízké kvality života nevhodným způsobem léčených pacientů.

„Takže dialýza byla těžce výtěžná a najednou ji každý chtěl. A protože to nastřelili takhle vysoko a bylo to výtěžné, tak najednou každý špitál chtěl mít dialýzu a najednou těch míst bylo dost. Rostlo to raketově. A začal být problém ty místa naplnit. No, a to si myslím, že je hlavní důvod nebo jeden z důvodů, proč máme tak vysokou incidenci, že ty lidi, no, já nevím, jak to říct. No, že třeba dialyzujeme ty lidi, kteří to bezprostředně ještě nepotřebují, je možná dost drsný, a nemám pro to data. Ale současně, současně nemám jiné vysvětlení pro to, proč bysme, jako ostrůvek uprostřed Evropy, měli mít vyšší incidenci než jinde. Proč bysme měli mít vyšší incidenci, než má Rakousko nebo Finsko nebo i ti Američani děsně nemocní. Když my děláli prognózy vývoje potřeby dialyzačního programu, tak jsme počítali s výskytem nejdřív 40 lidí na milion a rok a potom to vylezlo 70 a dneska jsme pomalu na 200 nebo přes a mě se tomu nechce věřit, protože takhle vysokou incidenci má Amerika s jejich chudákama, který jsou prostě, no, polovička jsou diabetici a všichni jsou hypertonici, že jo. To je všude v Evropě, prostě my máme nejvyšší incidenci Evropě! A to není normální! A to bych já rád věděl, čím to je? No a pak se dostáváte do těch absurdních situací, kdy, dneska, já mám dojem, že žádost o ukončení dialýzy je už druhá nejčastější příčina úmrtí u pacientů se selháním ledvin v Americe a my se k tomu budeme blížit za chvíli. Tím, že se dialyzuje kdokoli bez ohledu na to, jakou má životní prognózu, to už s etikou nemá co dělat. Obávám se, že tam už jde fakt jenom o kšeft, že to povede k tomuhle tomu, že dřív byl problém se na tu dialýzu dostat a dneska je problém se na ní nedostat.“ (R5)

Z rozhovorů vyplynuly také pojmy, které zahrnovaly osobní zkušenost respondentů s jejich konkrétními obtížemi při rozhodování o indikaci k PDL, které může ohrozit pacienty. Dotazovaní nefrologové si uvědomují i druhou stranu mince, a to fakt, že je velice obtížné posuzovat, zda je pacient v terminální fázi chronického selhání ledvin skutečně vhodným kandidátem k dialyzační léčbě.

Otázka, koho a v jakém okamžiku indikovat k PDL a u koho zvolit jinou možnost léčeni, patří podle respondentů mezi ta nejzávažnější rozhodnutí jejich profesního působení vůbec. Vzhledem k vysokým nákladům na dialyzační léčbu je z jejich strany oprávněně spojována i s alokací zdrojů. Respondenti vyjadřují své obtíže a váhání, které jsou s těmito procesy spojeny. Největší problém spatřují zejména v nedostatku informací, které má lékař k dispozici v okamžiku rozhodování. Podle jejich názoru častokrát nelze přesně určit, jak se bude pacientův stav vyvíjet, což vede k váhání, zda indikovat pacienta k dialýze, nebo navrhnout jiný postup. Nicméně lze přece jen do určité míry odhadnout, komu léčba může přinést prospěch. Respondenti se staví jednoznačně odmítavě k zahajování či pokračování dialyzační léčby u pacientů, kterým by léčba již neprospěla, a naopak by je mohla poškodit. Podle jejich úvah je potřeba dobře zvážit všechny okolnosti dialyzačního léčeni, a to včetně těch ekonomických. Dotazovaní experti bez výjimky opakovaně zdůrazňují nutnost individuálního přístupu k pacientům, který je, podle nich, díky nastavení systémového přístupu spíše potírán. Podle jejich zkušenosti současný systém makroalokace zdrojů k řešení problémů s rozhodováním o dialyzační léčbě nijak nepřispívá, naopak, spíše potencuje rizika.

Respondent 6 si nemyslí, že by se předčasně zařazovali pacienti, kteří vyloženě nejsou vhodní k PDL. Podle jeho slov je tendence dialyzovat dána potížemi při rozhodování o vhodné terapii u pacientů, u kterých není jisté, zda jim dialýza přinese prospěch, což lze jen obtížně predikovat. Při váhání, jaké stanovisko zaujmout, pak může přispět i snadná dostupnost metody a svou roli může sehrát i výše úhrady dialyzační léčby. Nicméně situaci nevidí ve srovnání s ostatními respondenty tak dramaticky a domnívá se, že se s vyšší informovaností o možnostech řešení komplikovaného a závažného zdravotního stavu pacientů situace přece jen zlepšuje.

„Ono je to mnohdy, no, jako dalo by se říct, že se to překlopilo. Jeden extrém byl, že jenom perspektivní pacienti. S dostupností tý péče se to teď překlopilo, že my můžeme dialyzovat, koho chceme. Takže nemyslím jako z hlediska výsledků, že bysme polo zdravého člověka začali dialyzovat, ale já myslím, že je celá řada vlastně poměrně jasně daných nějakých kritérií, kdy třeba dialýzu nezahajovat. To jsou věci, který ale tady teprve dohánají a začínají. Myslím si, že v tomhle je západní svět dramaticky jako dál, v tomhle všem. A problém vidím v tom, ne, že by ty doktoři zahajovali dialýzu u někoho, kdo jí nepotřebuje, ale třeba někdy je ta dialýza zahajovaná u pacientů, kteří jako jsou na hraně toho, jestli vůbec tu péči poskytovat.

Je to náhrada funkce orgánů a dost často se s tímhletem můžeme setkat třeba u hospitalizovaných u akutního selhání ledvin. No, ono je to těžký rozhodnout a při tom rozhodování se to může spíš jako přiklonit k tomu, že ano, když je to i dobře hrazený pojišťovnou. Takže tohle to je docela těžký, a tady v tom vidím potenciál k tomu, že se možná, jako spíš i ty pacienti zahajují. No, ale zase, čím dál tím významnější je prostě konzervativní léčba, což znamená pacient, že nechce nebo taky nemůže. Ta docela pokročila ta konzervativní léčba, a to je třeba i odpověď na to, na to, jestli jako firmy a dialýzy jako motivovaný k tomu dialyzovat. Já si myslím, že teďka jako se to postupně i odkládání, z hlediska toho, že se o tom něco ví, a zjistilo se, že zahajovat velmi staré a křehké pacienty může mít mnohem horší výsledky, než když se ti pacienti léčí konzervativně.“ (R6)

Respondentka 2 uvažuje o obtížích volby dialyzační léčby u pacientů s nízkou perspektivou kvalitního života a přidává i názor o sociální opuštěnosti pacientů, která také významným způsobem zasahuje do rozhodování o léčbě. Uvádí i svůj postoj k indikování nákladné léčby dialýzou u pacientů, u nichž ji nepovažuje za správnou vzhledem ke komplikované diagnóze a infaustní prognóze.

„Je to složitý, někdo musí se dialyzovat při čtyři sta, protože nemočí, ale, teď vám říkám, ale oni nezvažují, co bude pro toho člověka dobrýho, protože máte to jako na vahách...Jo, protože to neznamena, že mu to přinese jako adekvátní ten život. Ty lidi ležej v posteli, má to smysl? Pro někoho třeba ano, ale pro většinu lidí ne, jsou taky sociálně opuštění. Vždyť se draze léčej, já to řeknu takhle i tak staří lidi, který z toho nic nemají. To je právě jako furt, právě z toho, jak se to nevyvažuje. Všichni mají přístup ke všemu, ale je rozdíl na tu drahou léčbu. Myslím si, že to tak je správný. Ano, má na to právo, ale když vidím, že má dalších sto chorob? Tak asi ani ta drahá léčba ho nezachrání.“ (R2)

„Ono to je hrozně těžký, příliš těžký. Takže, takže ono to tak jak to je, to je druhá věc. Pacienta, který vypadá relativně dobře a vy si řeknete, jo jasně, tak tady to je a najednou pak vidíte, jak vlastně se to dokáže tou dialýzou zbortit, to člověk dopředu neví. Přivezou Vám 85 let paní, která je zmatená, úplně jako při nějaké infekci a má selhaný ledviny a vypadá, že je ante finem a je, je indikována, jak na základě laboratoře a tohleto, je k dialýze. A teď samozřejmě jako by člověk mohl říct no, tak jasně, tak ta prognóza, je velmi špatná a mohl bysem se na to podívat z úhlu pohledu toho aktuálního.“

Druhá věc je, že je třeba vidět i to B. Že to je to člověk, který leží 3 roky na elděnce (léčebna dlouhodobě nemocných, pozn. aut.) anebo je to člověk, který běhá doma po zahradě. Takže i tohle to je potom jako hrozně těžké hodnotit jako z hlediska toho rozhodovacího, rozhodovacího jo? “ (R4)

Do podtématu jsem přiřadila i pojmy, které se týkají transplantace ledvin. Většina respondentů vyslovila určité pochybnosti, které souvisí s prokázaným nižším počtem transplantovaných pacientů. Respondenti spatřují různé příčiny tohoto stavu a vyjadřují své postoje k nim. Tyto postoje ale nejsou u respondentů shodné, každý je reflektuje z hlediska své dlouholeté osobní zkušenosti.

Respondent 3 posuzuje situaci komplexním způsobem a nedomnívá se, že otázku nižšího počtu pacientů zařazovaných v ČR k TPL lze zodpovědět jednoduše.

„My asi víme, že zhruba, minimálně 20 % pacientů, by mělo být transplantovatelných z dialýz. Je zajímavé, že třeba ve Skandinávii je to 50 %, je pravda že třeba v Belgii nebo v Rakousku nejsou ty čísla moc rozdílná, je to kolem 20-25 %. Takže, když my máme 11 % zařazených na konci roku v čekací listině a hodně transplantujeme, tak se může říct, že ta dostupnost je někde kolem třeba 15, 16, 17 %. Takže tam nějaký limit existuje a my můžeme debatovat o tom, jestli jsou taky ti naši pacienti jako víc nemocní než jiní a o tom trochu pochybuju, při stávající úrovni zdravotnický péče. Tak já nevím, proč bysme se měli lišit od Rakouska. To má bejt podobný. I ty lidi vypadají stejně. Takže tam si myslím, že tam určitej rozdíl je. Takže ono je hrozně jednoduchý říct, to je čistě ekonomickéj zájem privátních poskytovatelů dialyzační péče, ale je to složitější...Jsou tam veliký rozdíly, protože jsou pracoviště pražský, který mají dobře zařazený pacienty a pak jsou pracoviště hlavně moravský, který maj málo zařazený pacienty a je otázka, proč tomu tak je. A proč zrovna tady konkrétně tady tomu tak je a tady tomu tak není. Takže, je to určitě komplexnější otázka. Není to tak, že by to měl bejt dvojnásobek, to asi ne, ale zatímco mluvíme o průměrných číslech 11 %, tak je určitě řada pracovišť, který má 25 %. Jo, takže není důvod si myslet, že, ale to jsou některá státní, jo, ale pak jsou třeba privátní a jsou na tom taky taky dobře.“(R3)

Respondent 6 vyjadřuje ohledně TPL pocity rozčarování. Důvodem je fakt, že se cítí podezírán z toho, že zařazuje málo pacientů k TPL, přestože příčiny tohoto stavu jsou podle něj zcela objektivní a obhajitelné. Domnívá se, že nízký počet TPL nesouvisí s ekonomikou, ale odpovídá stavu pacientů, kteří jsou dialyzováni.

V této souvislosti také zvažuje přínos TPL pro pacienty. Zdůrazňuje, že by se měli transplantovat pacienti, pro něž má TPL smysl a je pro ně skutečně vhodná.

„Co se týká transplantací, to je úhel pohledu. Mně se jako se divěji, že tady máme na čekací listině pár lidí, pár jedinců, ale jako už nevidí, jaká je skladba těch pacientů a netuší, že jako doopravdy, kdo jde zařadit, toho se snažím zařadit. A teď řeknu zjednodušeně, jsou střediska, které jsou v Praze, kde mají prostě třeba míň starých pacientů, víc těch schopných, a takových těch doopravdy chronických než tady. Jako polovina z jedné směny jsou prostě lidi, kteří jako jsou 75–80 veš. Mají všichni katétry, nemají ani pištěle a tam ta transplantace je už jako apriori pasé od začátku. Ale samozřejmě vím o tom, že jsou prostě lékaři, který se tomu víc věnují a míň věnují. Ale jako, že by někdo úplně nezařazoval vůbec, to si myslím, že zase jako asi úplně ne. Potom už jako tam už je to je druhá věc, jak mají nastavená kritéria. My jsme pod jedním pracovištěm a tam prostě mně přijde, že jako by, je tam trend, jistě jako je to správně, že by se mělo víc a víc transplantovat, ale mělo by tam být i to B, aby byli transplantováni pacienti, kterým to přinese prospěch. To ono to takhle definovaný je, jenomže on je rozdíl. A pak je to vždycky na posouzení toho doktora, který řekne jo, ten člověk je hraniční, jo vezmeme ho nebo ne. A jako ono na jednu stranu, to je dobře, protože, kdyby to bylo braný jenom striktně, tak by neodtransplantovali nikoho. Ale je jich u nás málo. No, jsou nemocný hodně anebo taky nechtějí. Oni nechtějí. Ono, ono tohleto, to není určitě věc financí.“ (R6)

Naopak Respondentka 2 a Respondent 4 uvažují i o podílu nekalých praktik soukromých HDS, která mohou mít vliv na situaci nižšího počtu pacientů navrhovaných k TPL.

„Některý soukromý centra tady nedávaly pacienty k transplantaci. Ale není to tak statisticky významný.“ (R2)

„Než by je zařadili do tohoto programu a vypadli jim z dialyzačního, na kterým voni vydělávají, takže je nezařazují.“ (R4)

Z analýzy dat vyplývá, že respondenti zaujímají skeptický postoj i ohledně kontinuity zdravotní péče, která se podle nich týká opět zejména privátních HDS. Nestátní HDS jsou podle participantů výzkumu v podstatě samostatnými jednotkami ambulantního typu zaměřenými na poskytování PDL a nemají přesah v podobě dalších typů zdravotní péče.

Poskytují tedy zdravotní péči v PDL, ale pokud je potřeba zajistit pacientovi další zdravotní péči, např. hospitalizaci v případě komplikací, tuto péči již schopní poskytnout nejsou. HDS ambulantního typu by si měla tuto péči smluvně zajistit, což může v klinické praxi znamenat problém. Pacienti s komplikacemi mohou být posíláni do různých zdravotnických zařízení a experti se tak obávají, že pacientům není z těchto důvodů vždy zaručena přiměřená kontinuita péče. Z těchto důvodů je podtéma nazváno **Nedostatečná kontinuita péče**. Podtéma opět blízce souvisí s dalšími podtématy, zejména s předchozím podtématem **Ohrožení pacientů** a podtématem **Soukromé vlastnictví HDS (viz Náhled na makroúroveň alokačního rozhodování)**.

„No, postaví se dialýza na zelený louce a pak ho pošlou podle spádu, když má komplikace.“ (R4)

„Ale jsou dialýzy, který jsou na zelené louce, takže tam, potom může vznikat z toho, že doopravdy člověku je tam špatně, má nějaký problémy, no, jak se to řeší, no zavolá se rychlá a třeba v Praze, toho člověka odvezou, tam, kde mají volné místo. Takže jakoby ta kontinuita péče tam trošičku padá. Ten, hmm, vlastně možnost těch dialyzačních lékařů nějakým způsobem do toho vstoupit a podílet se na té léčbě, je nulová, protože ostatní si do toho nenechají většinou mluvit a pak se pacient vrátí. A třeba, když se řeší stejný problém, tak se může skončit zase v jiné nemocnici. A jako možná to může tak působit, jako kdyby to bylo organizací, že jasně starají se jenom o dialýzu a když je nějaký problém, tak ho pošlou. Ale co jiného mají dělat. A mnohdy to je jako paradoxně mnohem obtížnější, protože v situaci, kdy tam máte člověka a teď vám říkají: no, my vám ho nikde nevezmeme, a záchranka říká: no, my vám ho přivezeme, jenom když budete mít domluvený lůžko a člověk volá a volá.“ (R6)

Respondent 3 posuzuje problém kontinuity péče i z jiných úhlů pohledu, kdy porovnává situaci v zahraničí s ČR. Zvažuje v této souvislosti i možná pozitiva soukromých HDS, a naopak upozorňuje na možná negativa menších státních HDS.

„V těch státech jsou jenom ty benzínky, že jo, ty satelity dialyzační. A k tomu pacientovi se oni chovají tak, že oni nepotřebují ani doktora, protože, když mu něco je, tak se volá záchranka a odveze se do nemocnice, a tam má nemocniční péči. To je brutální přístup, kterej je spojenější s neúplně dobřema výsledkama v americkém systému. Kterej se teda prej zlepšuje, musím říct. No a ten český přístup je různý.“

Tak jako, na jedny straně můžete říct ano, privát je zlej, jenže privát to má jako systém, takže privát je schopen se systematicky domluvit s někým, kdo se o ty pacienty bude starat následně. Pak máte systém okresní nemocnice s dialýzou, kde je jeden nefrolog a interna je taková, jaká je. A co je horší. Já nevím, co je horší.“ (R3)

Mezi další pojmy v tématu **Vnímání rizik** jsem přiřadila i pojmy, které se týkaly názorů expertů na problematiku spolupráci s pacienty v PDL. Oblast spolupráce s pacienty v PDL tak představuje samostatné podtéma nazvané **Non-compliance pacientů**. Podle mínění respondentů jsou potíže při spolupráci s pacienty, které je ve svém důsledku ohrožují, způsobeny u mnohých z nich přílišným očekáváním spojeným s nízkou mírou odpovědnosti za vlastní zdraví. Nefrologové se tak setkávají se zanedbáváním nebo zneužíváním zdravotní péče, které lze spojovat z hlediska alokace zdrojů s neuváženým čerpáním zdrojů a nešetrností k veřejným prostředkům. Také jsou si vědomi, že nízká compliance pacientů může být i jednou z příčin, proč jsou soukromá HDS podezírána z nekalostí. Podle respondentů tím, že někteří pacienti nechtějí být aktivnější a odmítají využít další možné nabízené alternativy dialyzační léčby, jako je peritoneální dialýza nebo TPL, mají v podstatě podíl na zvyšování počtu výkonů, což pak může do určité míry působit jako podpora hemodialyzování ze strany HDS. Mezi časté příčiny nízké compliance patří neochota pacientů převzít aktivnější úlohu při řešení svého zdravotního stavu a nedostatečné nebo zkreslené informace, které ve spojení s řešením svých zdravotních problémů mají k dispozici. Zde se ukazuje úzké propojení s podtématy **Systémová pravidla** a **Kontrolní mechanismy** (viz téma **Náhled na makroúroveň alokačního rozhodování**).

Respondent 6 posuzuje spolupráci pacientů z hlediska jejich motivace k léčbě peritoneální dialýzou. Domnívá se, že někteří pacienti z pohodlnosti nechtějí podstoupit léčbu, při které by museli převzít aktivnější úlohu a raději vezmou zavděk s pro ně pohodlnější variantou přístrojové hemodialýzy.

„Na peritoneálce mám málo pacientů, 5–6 lidí. Oni peritoneálku nechtějí, oni se nechtějí o sebe starat. No jasně, hodně jich jsou starších, ale jako pak jsou lidi, kteří doopravdy jsou jako líní. Je to, je to česká nátura, v zahraničí prostě s tím nemají problém, a tady jako přijdou nastavit tady ruku nebo ukážou kanylu a koukají 4 hodiny na televizi a dostanou svačinku a jedou domů.“ (R6)

Respondentka 2 spojuje se zneužíváním péče nejen stav vnitřní morálky pacientů, ale i nezodpovědný přístup zdravotních pojišťoven. Kriticky reflektuje nedostatečnou informovanost pacientů ohledně výše úhrad jejich péče, která může následně vést ke zneužívání zdravotnického systému. Situaci spojuje i s proměnou společnosti, kdy je podle jejích slov vyšší tendence k udržování života v jeho závěru za využití intenzivní lékařské péče, než tomu bylo dříve a respondentka se domnívá, že ve společnosti chybí uvědomění si, že smrt je přirozenou součástí života.

„Lidi si u nás myslí, že každý nemocný pacient má na všechno právo. A zneužívají to. Takže lidi potřebují sanitky i na pět kilometrů, přitom by si mohli dojet...Já je poučuju, ty pacienty, aby věděli, co tohleto stojí, třeba jen dialýza. Pak se diví...A taky známá otázka, co já jsem se naplatil celý život a já povídám, víte, že by vám to nestačilo ani na rok dialýzy? A pak mi řekněte, kde je ta chyba? Chyba je v tom, že pojišťovna by měla z povinnosti mít, ať každému pošle účet za rok, aby to viděl...Protože ty lidi neznají cenu, co to je. Vy tady máte jeden výkon, ale on stojí pětatřicet tisíc, a teď to děláme každé den, třeba jo. No, a tady taky všichni chtějí, aby lidi umřeli na jednotce intenzivní péče. Vždyť kolik umírá lidí doma? Ojediněle. Dřív to bylo zvykem. Mně umřela babička doma, dědeček umřel doma, tatínka jsem si pochovala. A oni to mají taky ostatní vidět, totiž, co to je, že to k životu patří. Narození a smrt.“ (R2)

Respondent 6 vyjadřuje určitý despekt, který vyplývá z osobní zkušenosti se zanedbáváním preventivních prohlídek a stanovených kontrol zdravotního stavu ze strany pacientů. To ve svém důsledku v PDL znamená, že dialyzační léčba by mohla být při dobré spolupráci oddálena a zanedbáním ze strany pacienta musí být zahájena dříve, a navíc poměrně akutním způsobem.

„Jako oni jsou pacienti, kteří doopravdy jako do toho spadnou z ulice, tak to je dost velká část. Ale je jako zase je málokdy, že by doopravdy neměli šanci na to přijít, dost často zanedbají. Bolí je hlava, mají vysoký krevní tlak a kašlou na to. Nenechají se kontrolovat nebo i vědí, že je něco s ledvinama a nechodí na kontroly a přestanou chodit na kontroly a pak najednou. Takhle mám dva mladé pacienty. Oni měli, jeden z nich měl dokonce i prokázanou glomerulonefritidu a byl sledován a ten druhý z nich taky měl ledvinné problémy. Oba byli pravidelně sledovaní, oba se na to vykašlali, přestali chodit na kontroly a po pěti letech přišli. A oba dva, oba dva jako se zahajovali s tím, že do třech měsíců byli na dialýze.“ (R6)

Respondent 5 uvažuje o důvodech zneužívání a kritiky PDL ze strany pacientů. Zanedbávání zdravotního stavu samotnými pacienty spojuje s negativním vlivem médií na mínění pacientů.

„Dřív si toho pacienti vážili a tak. Teď já nechci říkat, že si toho nevážej. Ale v době, kdy mají celou řadu z těch věcí automaticky, oni si to neuvědomují a zneužívají to a kritizují. Že oni dost často vědí, o co se jedná, vědí, že prostě jezdí na dialýzu. Spíš se setkávám s tím co, že dnešní době je trošku taky jako nešťastné, a to je media a internet, kdy oni jsou schopný si najít věci, ale nehledají jí někde, kde by to bylo doopravdy dobrý, ale na diskuzních fórech a tak. A pak přijdou s tím. A začnou povídat, jako že jako dialýza je hrozná. Většina z nich, co sem přijde, se tomu brání, jako logicky, já bych se bránil taky No a tím se to prodlužuje a zhoršuje. Může se začít zbytečně pozdě.“ (R5)

Respondent 3 zvažuje podíl liknavosti pacientů v přístupu k TPL.

„A jiná věc je spíš ta česká lenost, to udělat rychle, protože to zařazení má být hotový během dvou tří měsíců nebo ideálně rovnou, ale ono se to děje až v roce a půl po dialýze, což vyvolává různá podezření. Ta skutečnost bývá prozaičtější, a to je to, že pacient nepřijde na vyšetření nebo jel na dovolenou.“ (R3)

7.7.3 Strategie zvládání

Téma **Strategie zvládání** obsahuje podtémata, která zahrnují pojmy týkající konkrétních aktivit a s nimi spojených pocitů respondentů, kterými reagují na prožívanou zkušenost s přidělováním zdrojů v PDL. To, jakým způsobem je nastaven systém v makroúrovni rozhodování, ovlivňuje i úroveň mikroalokační, tedy procesy přidělování a organizace zdrojů v klinické praxi respondentů. Respondenti jsou ve vedoucí pozici klinického pracoviště a zároveň nepřestávají být lékaři v přímé péči, to znamená, že volí určité strategie, jak v nastaveném systému, který jim příliš nevyhovuje, co možná nejlépe fungovat, což jim přináší ambivalentní pocity. Všichni dotazovaní odborníci prožívají v praxi PDL díky nastavení systému alokace zdrojů různé těžkosti, což podtéma spojuje s tématy **Náhled na makroúroveň alokačního rozhodování** a **Vnímání rizik**. To, jakým způsobem se dotazovaní odborníci postavili k organizaci péče na svém pracovišti a to, že ji v rámci daných možností zvládají, zahrnuje v první řadě pocit radosti z úspěchů, ale i hrdost, a proto jsem první podtéma nazvala pojmem **Naše úspěchy**. Tyto úspěchy jsou vykoupeny značným osobním úsilím respondentů, kteří se snaží prosadit své vize kvalitní péče.

Respondentka 1 popisuje svůj podíl na rozvoji pracoviště, které se původně nijak nevyvíjelo z běžného průměru, zatímco nyní má vysoké renomé.

„No a veškerou tu nefrologii převedli, převedli pod nás. Já jsem teda se ubránila, takže lůžka nám nedali, já jsem je nechtěla, protože jsem měla sebe a jednoho doktora, takže nevím. Potom teda nějak, hrozný to bylo, ale postupně jsme prostě se zmohli, s tou klinikou, která nás teda nejdřív dusila, že jo, všechno. To je teď jako na velmi dobré úrovni, protože oni pochopili, že se mnou prostě mávat nebudou a zároveň že to umím. Jo, že, že, víceméně je mi úplně jedno, jestli budu chodit na konzilia k nim anebo někam úplně jinam. Takže je to tam teď prostě, že my jsme hemodialyzační středisko, výbornej pseudonym, protože děláme veškerou transplantologii, naprosto všechnu nefrologii, od jipovový, ambulantní, hematurie, gerontonefrologie, těhotný nefrologii, úplně všechno, konzilia v rámci celý nemocnice. Jediné, co jako nemáme, jsou postele, ale my je máme, nějaký počet postelí máme, máme je v rámci nějaký kliniky, ale na těch postelích je můj lékař... Jsme samostatný a takže, takže já mám plnou jistotu, že to bude tak, jak řeknu, a protože velká vizita je v nějakou dobu, já nemůžu, tak prostě tam nejdu a oni vědí, že jo, že pak řeknu tady je imunoprese, to necháme prostě zástupci, takže nemůžu si vůbec stěžovat. Máme kompetence pro úplně všechno... Takže ty můj lidi jsou vesměs v tý nefrologický společnosti nějak etablovaný a oni i poměrně hodně jezdějí.“ (R1)

Respondent 4 pociťuje uspokojení s řešením léčby u pacientů v závažném zdravotním stavu s infaustní prognózou, kterou na HDS zavedli pod jeho vedením. V těchto případech postupují podle vlastních pravidel, která si na pracovišti prosadili a dosáhli i oficiálního schválení. Respondent 4 vyjadřuje pocity hrdosti i proto, že se stali z tohoto hlediska uznávaným pracovištěm, které slouží jako příklad pro ostatní.

„No to vždycky byly případy, kdy pacienti byli v těžkým stavu, v komplikovaným stavu, jinde by je třeba dialyzovali, že jo. Problém skončit dialýzu, to se tady u nás řešilo leta letoucí, co si pamatuju, a že se vystavujeme soudnímu stíhání. Ale dneska už se ta situace změnila, takže prostě než někoho dialyzovat tak, že mu to zhoršuje kvalitu života nebo není schopnej se rozhodnout, tak na to my máme stanovený postupy a můžeme se domluvit, že se ta dialýza ukončí. Nedáváme je na dialýzu, umíme, jak ukončovat dialýzu, tak nezačínat dialýzu u pacientů s chronickým renálním selháním. A to je oficiální, to my máme předem vyžádaný přání, to my tady umíme dobře, a máme na to i knihu a tam jsou doporučený ty postupy i s právníkama, a tak. Naopak se o tom i přednáší a dělají workshopy, minulej rok a už byl

několikátěj workshop a je o to velkej zájem a z těch dialýz se jezděj spousta lidí na todleto téma, jak postupovat a pokračovat, jak léčit a i legislativně...My jsme taky rozjeli domácí hemodialýzu, takže máme přístroj i na domácí hemodialýzu. My jsme to teď rozjeli s takovou menší mašinou a už máme na tom čtyři pacienty a velmi dobrý výsledky s tím.“ (R4)

Podobně hodnotí situaci na vlastním pracovišti i další respondenti, kteří vidí pozitiva výsledků práce „svého“ HDS z hlediska kvality poskytované péče, protože zdůrazňují zejména maximální individualizaci a podporu osobního přístupu k pacientům. Lékaři popisují svůj přístup k pacientům a zejména pocít'ují uspokojení, že mohou nabízet spektrum metod v plné šíři.

„Paní, devadesát dva let, žije někde sama, tak přišla, protože měla svoje problémy akutní, jako selhání ledvin na podkladě už chronickýho, vždyť už jí bylo tolik věku, nedialyzovala se i u nás konzervativně se léčí. I my tady se snažíme o todleto, někdy jo... Vždycky jsem ještě hlásala na tom našem pracovišti, že každěj rok musíme zavést něco novýho, malýho nebo něco. Takže to my máme, nejenomže máme dialýzu, ale máme ještě ty metody plasmaferézy, kontinuály, ale potom se objevilo zase, že není membránová dialýza, ale lepší je centrifugační, no, a to my zavádíme, ale bylo to vždycky těžký přes vedení prosadit.“ (R2)

„Nám spíš ubylo pacientů. Ale ubylo nám i proto, že jsou odtransplantovaný, protože snaha je u nás zařadit co nejvíc pacientů. Určitě na to, jak mám stejně pořád hodně pacientů, takže pokud se jich člověk zbaví tou příjemnější cestou, než že zemřou, je to nejlepší. U části pacientů jsme taky přešli na konzervativní management. Nezahajovat dialýzu, když je někomu 80. I když věk nezohledňujeme, je to individuální. Protože je prokazatelný, podložený velkejma studiema, že pacientovi v určitým věku, hlavně když má ještě nějaký komorbidity, to prostě neprospěje to zařazení do dialyzačního programu. A je pro něj lepší ten konzervativní management a udržovat to co nejlíp, nejdyl v tý konzervativní léčbě. A on je doma s rodinou, všecko, v klidu se dožije toho konce v nějakým luxusnějším, v lepší kvalitě života, než když ho dáte na dialýzu, 3 x tejdě ho tady mordujeme, vozej ho sanitou tady a je potlučenej, a tak. Takže my, my jsme se naučili část těch pacientů zvládnout bez nutnosti dialýzy a s dobrou kvalitou života. Takže my těm pacientům vždycky nabídneme celý to portfolium.

Za prvý hemodialýza, za druhý peritoneální dialýza, transplantační program ještě před zařazením do dialyzačního programu, teď konzervativní management, jestli vůbec zahajovat.“ (R5)

„No nám se daří i preemptivní, je to v málu, ale podle mě bude narůstat. Mám teď za sebou dva. Asi dva nebo tři jsem zařadil preemptivně a ti pak spadli do dialýzy. Aby byl transplantovaný už na dialýze, ale jako potenciál tam určitě je. Z hlediska spektra toho, co nabízíme, tak nabízíme asi všechny ty možnosti. Počínaje tím, že když ten pacient přijde, tak podle stavu a podle toho se snažím vést s ním ten rozhovor. Jakoby tím směřem, co je možné, ale jako hlavně ty metody. Vlastně řekneme jim, co je možné a snažíme se je edukovat. Protože, protože, když ten pacient přijde, tak je zděšený, neví nic. A odnese si z ordinace tak 10 procent toho, co jsme mu řekli. Samozřejmě bysme měli začít s tím, že transplantace ledviny od žijícího dárce je nejlepší, má nejlepší výsledky než od zemřelého dárce. Takže by se to mělo začít s tím, že se zeptám, jestli je někdo. A většinou ti pacienti s tím přicházejí sami, pokud, a to už v té ambulanci nebo na dialýze, tak tím začínám. A pokud, pokud oni řeknou, no možná někdo a teď my jako s nimi vedeme ten rozhovor a zjišťujeme, jestli ten člověk vůbec je vhodný. Což znamená, že asi to prvopočáteční vyšetření toho potenciálního dárce, který by jako chtěl, tak je stejně provedený na dialýze.“ (R6)

Respondent 3 vyjadřuje uspokojení z dialyzační péče na svém pracovišti, které podle něj ve srovnání se zahraničím poskytuje vysoce kvalitní péči.

„Já třeba mohu hovořit za okolní státy, protože jsem teď na pár setkání jako byl, kde jsme vlastně byli lékaři z Německa, z Belgie, z Británie i ze Švédska. Tam jsem byl jako příjemně překvapený, že to, co my tady poskytujeme za dialyzační péči, teďka nemluvim jako za celou medicínu, ale za nás, tak je vysoce nadstandardní oproti tomu, co poskytují v západních zemích.“ (R3)

Následujícím a blíže souvisejícím s podtématem předchozím je podtéma nazvané pojmem **Opozice**, které zahrnuje reakce a snahy respondentů vypořádat se se svazujícími systémovými pravidly aktivním způsobem. Respondenti popisují různorodé strategie obcházení, či podryvání pravidel a pokusy o prosazování svých vizí. Uvádějí konkrétní aktivity na pracovišti, kterými se snaží organizovat péči tak, aby byla optimálně zajištěna. Podle svých slov jsou často nuceni volit i nestandardní postupy a odmítají se plně podřítit systémově nastaveným pravidlům.

Trvají na svém individualizovaném postupu a obhajují jej vzhledem k nutnosti zajistit kvalitní péči u pacientů. Z textu se vynořují pojmy jako nutnost kompromisu, vyjednávání s vedením a obcházení pravidel v případě přetrvávajících potíží. Rozhodování, zda obcházet pravidla, a tím dostat odpovědnosti za pacienty anebo situaci neřešit s rizikem poškození pacientů, lze považovat za etický problém.

Respondentka 2 reflektuje svou dlouholetou zkušenost se strategií prosazování svých požadavků s vedením nemocnice. Věří, že za pomoci konkrétních podkladů a systému „padající kapky“ svých cílů vždy dosáhne. Uvědomuje si ale i nebezpečí při zveřejňování svých aktivit.

„Ale až po třech letech se mi to podařilo zlomit vedení a koupit to. Ale to vidíte, když mluvíte dál a dál, nesete podklady konkrétní, až potom konečně jednoho jsem zlomila. Co mi to říkáte, že to nemáte nasmlouvaný, ta nemocnice to má nasmlouvaný dávno, dávno a prosadila jsem to prostě. No a tohleto jako mně vydrželo taky, ovšem někdy se spálím taky, že jo, protože to řeknu na veřejnosti.“ (R2)

Respondentka 1 si uvědomuje, že ani postavení nemocnice ve zdravotnickém systému není jednoduché. Proto se snaží dodržet formálně pravidla, nicméně i v jejich rámci dokáže najít cesty, jak prosadit své aktivity a věří, že lze i vyjednávat s vedením, pokud je dostatečně osvědčené.

„Já, protože to respektuju, že ta nemocnice musí mít ty novorozence apod. a musí mít ARO a musí mít, já nevím něco, tak se vo to celkem nějak nehádám a snažíme se, a za každou cenu se snažíme prostě se tím paušálem, kterej nám je ještě dál jaksi přidělen, vyrovnat. A to jsme hodnocení podle toho, jestli, nepřekročíme nebo překročíme. Musíme se na to jako adaptovat, ale je to velice těžký, protože já nemůžu za to, že mi tam přistane nějaký pacient, kterej mi tam udělá velkej náklad, že jo. Respektive, řeším to tak, že když je to nutně potřeba, tak jde paušál stranou, tak to jde prostě, se udělá, mam tam jsou drobnosti, třeba jako ruku na srdce, já to tady řeknu, ale na těch jednotlivostech nestojí ten systém. Prostě já to řeknu tak, jak to je. Máme tam jednu pacientku, zdravotníka našeho, potřebuje drahou léčbu, která je hrazená jenom při hospitalizaci, a to aby pořád tam byla, to nechce, takže my jí kupujeme za naše peníze, jako za ten náš budget a já se vždycky, když je to hodnocení, já se vyjádřím, že se starám o své lidi a že to dělat budu a nemocnice více méně, jako ta naše nemocnice, jako to nerozporuje...“

Navíc ještě my nedialyzujeme podle guideline, my dialyzujeme na míru, my dialyzujeme tak, aby se z té dialýzy dostalo co nejvíc a zároveň ten člověk měl jistotu, že mu po dialýze nic nebude, že ho nebude bolet hlava, že nebude zvracet... Je taky důležitý, jak jednáte s tím vedením, který má plnou hlavu úplně jiných starostí a nakolik je to vedení osvícený nebo něco.“ (R1)

Respondent 3 se vymezuje vůči tlaku na zvyšování výkonů dialýzy a zdůrazňuje étos lékaře, který mu v tom brání.

„No, kdybych já měl jako tlačit někoho do dialýzy, že tady mám málo pacientů nebo že bych mohl mít víc, tak to zcela jistě ne. To neudělám. Jako jsem furt doktor, nejsem manager a nejsem, jako jsem především doktor.“ (R3)

Při analýze textu se objevilo i několik pojmů, které jsem zahrnula k podtématu **Neřešení**. Tyto pojmy nejsou nijak hojné, protože respondenti podle svých slov přistupují k problémům spíše aktivně, než že by své snahy vzdali a dlouhodobě rezignovali.

„Ne, to už nešlo, už ne, já už teď neambuluju.“ (R2)

„My jsme oddělený už nějakou dobu, jsme úplně oddělený, nejdřív oddělili jenom dialýzu a potom, díky tomu, jak to tam, prostě, tam byly nějaký strašný průšvihy, že kdyby přijela Nova, tak je ředitel bez židle a možná v teplákách, takže ředitel se tehdy lek a vymýšlel, co s tím udělá. Já jsem sice už měla tu svoji placatou dialýzu, ale vůbec jsem se do toho, on mi teda zavolal a řekl mi, že něco mi nabídl a já jsem říkala, že to nepřijímám. A protože jsem nechtěla jako zradit tu svoji skupinu lidí a všechno. A pak to teda nějak ten ředitel řešil. Já jsem se do toho vůbec nepletla. Vždycky jsem si ráno dala teplý čaj, Helicid a banán a fungovala jsem. Vůbec jsem se jako do ničeho nepletla.“ (R1)

„A to je asi obecně platný, ale z titulu lékaře tohleto máte úplně ztracený. Takže vod vždycky, takhle to je nadále, a já mám dojem, že už to řada, řada z nás to jako by vytěsnila, neřeší to.“ (R5)

Respondentka 1 popisuje svou reakci při řešení formulace systémových pravidel tak, že se snažila o změnu stávajícího stavu. Posléze zjistila, že sama nic nezmuže. V tomto kontextu vyjadřuje názor, že lékař situaci nemůže ovlivnit sám, ale musí mít daleko širší podporu.

„Já jsem se kdysi, kolem roku 2005, nesmírně angažovala v tom, že tohle je to prostě do nebe volající a jednala jsem s těma institucema, všechno, ale člověk si pak uvědomí, že, aby vůbec mohl bejt úspěšnej, tak za sebou musí mít prostě nějakou velkou stáj, a musí prostě, nemůže jít do úplně neznámého prostředí... Takže prostě vlastně nikoliv, nemáte naprosto šanci dejme tomu se svým morálním postojem jít a něco někde měnit. Musíte to, musíte se na to prostě zadaptovat a pokud potřebujete prostě peníze a jste český průměr, dyť se na to podívejte, na tu politiku... Oni ty neznalosti v nefrologický obci, no já jsem byla vždycky známá tím, že když tam někde někdo na konferenci blafal nesmysly, tak já jsem jako, no. Pak jsem se tedy naučila bejt zticha.“ (R1)

7.7.4 Osobní vztahy

Jako poslední téma jsem zařadila téma interpretované jako **Osobní vztahy**. Jak vyplývá z analýzy rozhovorů, zkušenost s alokací zdrojů zasahuje do osobních vztahů respondentů poměrně významným způsobem. Nejenže formuje vztahy, které mají respondenti se svým bezprostředním okolím, ale přispívá do určité míry k utváření vztahu k nadřízeným a k oboru, ve kterém pracují. Vzhledem k tomu, že participantů výzkumu jsou ve vedoucím postavení, které není následkem výše diskutovaných nastavených pravidel pro poskytování PDL jednoduché, reflektují své vztahy na základě uvědomění si odpovědnosti, která se podle nich k této funkci váže. Respondenti chápou, že bez dobré atmosféry na pracovišti není možné práci v PDL zvládnout. Vztahy, které mají k blízkým spolupracovníkům, tedy kolegům lékařům i svým dalším podřízeným, především z řad sester, se tak neobejdou bez osobního přístupu, podpory týmové spolupráce a snahy si kvalitní pracovníky udržet. Při analýze dat se z textů vynořovaly pojmy jako úcta a respekt ke kolegům, podpora kolegů v profesním i osobním životě, podpora a vedení svých podřízených i vychovávání si následovníků. Na druhou stranu je patrná snaha iniciovat odchod lékařů, kteří nesplňují očekávání na ně kladená respondenty a určitá opovržlivost vůči nim. Všichni nefrologové účastníci se výzkumu se vyjadřují i ke svým vztahům k nadřízeným, ať již k zaměstnavatelům, nebo vyšším nadřízeným institucím.

V této oblasti se výpovědi jednotlivých respondentů odlišují v závislosti na okolnostech a zkušenosti, kterou s nadřízenými mají. V neposlední řadě experti uvádějí, jakým způsobem vnímají své pacienty a jak k nim přistupují. Participantů vyjadřují pocity odpovědnosti za kvalitu poskytované péče a projevují snahu péči co nejvíce individualizovat tak, aby pacientům byla prospěšná. Další pojmy zahrnují snahy o spolupráci s nimi a poskytovat jim kvalitní péči, která je v první řadě, jak respondenti zdůrazňují, individualizovaná.

Prvním podtéma v tomto tématu jsem pojmenovala jako **Pocity vůči kolegům lékařům**. Toto podtéma je v přímé souvislosti s podtématem **Rizika týkající se nefrologů** (viz téma **Vnímání rizik**) a s podtématem **Naše úspěchy** (viz téma **Strategie zvládnutí**). Respondenti v rozhovorech poměrně často vyjadřují pozitivní pocity, které mají vůči svým podřízeným kolegům, ale vyjadřují i své názory ohledně ostatních lékařů nefrologů. Vůči svým podřízeným vystupují v roli vedoucího týmu, který je směřuje, poskytuje jim podporu, stará se o jejich vzdělávání a odborný růst a vychovává tímto způsobem své následovníky.

Respondentka 1 oceňuje svůj tým a je si vědoma, že má vůči svým podřízeným odpovědnost. Vzhledem k ne úplně vstřícnému prostředí státního HDS ale musí vyvíjet značnou aktivitu k udržení svých podřízených lékařů v týmu, vytvářet motivaci, což na ni klade vysoké požadavky jako na manažerku.

„K tomu svému manažerství já mám emotivní vztah taky, protože oni jsou jako fakt dobrý. Jo, fakt jsou jako dobrý, ty doktoři, který tam mám a já se starám o to, aby tam byli motivovaní. Tu motivaci musím udělat já. Protože to prostředí jim motivaci neudělá. Tam je mraky práce, všechny nemocnice kolem nás nás považují nejen za konziliární, ale dejme tomu za nějakého sluhu... Ale ty doktoři, co tam mám, se nenechali přetáhnout, ale není to jen tak. Já se o ně musím starat, musím dbát na to, aby se jim tam se mnou dobře dařilo. To znamená, musím pro ně shánět nějaký motivace, musím s prominutím za ně udělat práci, protože jako ty práce je tolik, že se to nedá stihnout. Takže jako jednatel, aby se to stihlo a nemuseli si to brát domů. Momentálně tady mám asi 110 karet. A všechno, co chtějí. Když chtějí dovolenou, tak ji samozřejmě mají, protože já zaskočím a podobně. Oni to vědí čili si toho velmi cenějí, jsou na mě vesměs velice slušní, loajální a je tam velice dobrá atmosféra, ale jako ty manažerský nástroje já musím taky používat úplně arteficiálním způsobem. Ne, ne na ně naložit a prostě pojedeme, ale naložit na sebe. Já jsem v nemocnici považovaná za extrémně dobrou manažerku, mám tam velice dobrý postavení za ty roky. S čímkoliv přijdu na ředitelství, tak vždycky jdu s tím, že to máme. Samozřejmě musím přijít s něčím, co je realizovatelné.“

Ale mě jako oni nepředjímají, že je tam jdu o něco šidit, ale vědí, že to co, s čím tam jdu, je něco. Jako manažerka tam jsem jako braná, ve smyslu, no, my na Vás spoléháme... Já to prostě s nima proberu... Já těm mejm doktorům kontroluju zprávy, protože nejsou atestovaný, tam najdu miliardu věcí, zajímavý případy všechno, takže tam mají edukaci, říkám, co bych jako dělala já a oni se v tom poznají a tak. Takže tam já si je srovnám k obrazu svému, protože oni na to tak to trochu spolíhají a učí se tím a jsou jako šťastný, že to je přímo u zdroje... A já ty své doktory učím, že oni mají to štěstí, že díky tomu, že jsou tam se mnou, pardon a s mým zástupcem a v tom prostředí té nemocnice, takže tohle to nikdy dělat nebudou, takovýhle chyby, a naopak budou ceněny, protože budou-li buď u nás, nebo kdekoliv někde v republice, tak budu mít přidanou hodnotu už toho vyššího vzdělání. Takže učím jako nehodnotit, nehodnotit, ale léčit.“ (R1)

Respondent 4 si váží svého týmu a je vděčný za aktivity některých jeho členů, které HDS posouvají směrem ke kvalitnější péči.

„Co za mě nastoupily holky, úplně báječný... No a taky pan doktor X, který je tady u mě nefrolog a udělal si atestaci a díky němu to tady děláme a umíme, konzervativní management i paliativu.“ (R4)

Respondentka 2 naopak zdůrazňuje spíše „výchovnou“ stránku při vedení svého týmu členů.

„Jak já jim říkám, furt u počítače sedíte. Proč? To si musíš umět pamatovat. Jednou to přijde, jakože technická chyba bude a vy nevíte nic... No, učím je to a honím je.“ (R2)

Respondent 3 si uvědomuje souvislost mezi pocity spokojenosti a udržení členů v jeho týmu.

„Mně tu ty lidi zůstávají, jsou tu spokojení. Ale to nebylo vždycky, to až poslední dobou mi neodcházej. Mně by to zas někdy nevadilo, v rámci obnovy toho týmu to není úplně špatný, když se trochu točej. Ale oni se tady mají dobře, a tak tu zůstávají.“ (R3)

Vztahy s dalšími kolegy z oboru posuzuje Respondentka 1 v obecnějším měřítku a vidí je v etických souvislostech. Je si vědoma, že lékaři nejsou stejní, navíc jsou ovlivňováni odlišnými podmínkami, ve kterých pracují. Proto se Respondentka 1 snaží, aby ti lékaři, které učí, pochopili, že pracovat s někým, kdo svou práci umí, je přínosem k jejich osobnímu rozvoji.

„Vztahy kolegů jsou jako plný etických a morálních určitých nesrovnalostí, s kterými si myslím, že se každý nás vyrovnává hůř. Někdo to nese těžce, že dělá takzvaně za někoho. Někdo tím tutlá svoji neschopnost, že to prostě tak zvaně všechno někam pošle. Někdo ví, že prostě už má dost peněz, tak co by, jako se staral, někdo naopak, někdo naopak, i na tom v okrese se prostě tam pak udře a v závěru prostě díky tomu prostředí, kde je, to stejně nevyřeší, nemá tam s kým se domluvit, nemá tam návaznost, že my třeba něco vymyslíme a pak potřebujeme cévního chirurga nebo kardiologa nebo něco, on to tam nemá, takže, takže, jako takový to, že slabší a silnější, díky zázemí a díky znalostem bude vždycky.“ (R1)

Do skupiny kolegů lze zařadit i odborníky z oblasti nelékařských profesí, které v týmech respondentů na HDS působí. Velkou skupinu, ke které se respondenti vyjadřují, představují sestry, a proto pojmy obsahující vyjádření týkající se sester tvoří samostatné podtéma s názvem **Role „dialyzačních“ sester**. Podle slov respondentů se ukazuje, že vnímají tyto své podřízené jako plně kompetentní a schopné spolupracovníky, kterým lze důvěřovat. Podobně jako u svých podřízených kolegů lékařů vyjadřují své pocity ohledně sester, které berou jako nezbytnou součást profese a váží si jich. Uvědomují si, že sestra na HDS se odlišuje od ostatních sester nejen šíří kompetencí, ale i zvládnutím náročnosti této profese.

Respondentka 1 důvěřuje sestrám, ale také se k nim chová s určitým „mateřským“ přístupem a usměrňuje je ke zvýšení kvality péče.

„Jo, moje sestry mají miliardu kompetencí, a jestliže se dozvím, že nějakýho pacienta bolí lýtka, a oni o tom vědí a neřekly mi to, tak jako jsem na ně, řeknu, že jako, kdyby tady byl jako Váš táta, tak jako co? Tak je to sice hrozný, protože mně takhle. Doktor má vědět, co chce. Aby věděl, že pacienta bolí lýtka a sestra to má zařídit. A když k tomu je, jako je to, že to zařídí, když tomu potřebuje doktora, tak si ho má chytit. Jako když mi sestra řekne je to hotový, no není, jako doktor tady nebyl. Já říkám ne, vy jste špatná sestra, protože jste si doktora nechytla. Takže oni někdy ty doktory lákají na dortíčky... No a u všech pacientů je to tak, že oni nejdřív jdou na ten velký sál, ale jdou školky. Máme tam tzv. akutní dialýzu, máme tam ještě nějaké postele navíc. Tam je jedna sestra na dva pacienty, všechno na něm vychytá, všechno. A jako, on si zvykne, že je u něj, vysvětlí mu všechno, co chce vědět. Nastaví nám to tam, vychytá nám tam parametry.“ (R1)

Respondenti 3 a 4 dialyzační sestry hodnotí vzhledem k jejich prestižnímu postavení v PDL.

„Dialyzační sestra to je hoch, to je nejvíc, co může bejt mezi sestrama, takže my, když potřebujem, tak vždycky je zájem.“ (R3)

„Vždycky ty sestry z dialýzy byly něco víc než obyčejná sestra, protože byly specialistky, který uměly dělat s mašinama. Samy si to rozhodovaly, že jo. Nó, takže ty se ceněj daleko víc. My třeba teďka momentálně máme dobře naplněnej stav sester, dialyzačních, takže to se podařilo zvládnout nějakou tu krizi chvíli – těhotenství a takhle.“ (R4)

Respondent 6 reflektuje situaci momentálního nedostatku sester na HDS, které vede. Je si vědom, že nároky na sestru na HDS jsou opravdu vysoké.

„Sestřiček mám teď málo. No, ony tady musejí víc jako makat než jinde. Jsou tu postupy, který se musejí přesně dodržovat. Ono je to teda dobrý pro tu kvalitu péče, ale může to být náročný. Pacienti se sem vrací pravidelně, takže to není o tom, že když Vám někdo je sympatický, tak zmizí, nebo oni jsou v pondělí, středa, pátek, takže jako myslím si, že jako to může být trošku vyčerpávající nebo je náročnější proti jiným profesím, kde doopravdy jako v té nemocnici v té pacienta přeložejí někam, anebo se potom vrátí. Ale tady doopravdy pacienti chodí často a docela dlouho.“ (R6)

Do tématu **Osobních vztahů** jsem zařadila i podtéma **Vztah k oboru** vycházející z respondentova vyjadřovaného vztahu k samotnému oboru nefrologie. Většina respondentů slovně vyjádřila kladný vztah ke své profesi, na jehož základě přistupují k celé své praxi, a to přestože „bojují“ s celou řadou výše uváděných potíží.

„No, k tý práci samozřejmě nějaký emotivní vztah mám. Já po těch velkej zkušenostech, který mám, samozřejmě dialýza je prostě nádhernej obor a všechno, není to žádná placatá medicína, jak někdo občas řekne... A jsem tam jako maximálně spokojená.“ (R1)

„Já jsem se vrátila k tý nejlepší. Nejvíc jsem měla ráda umělou ledvinu, a u té jsem zůstala.“ (R2)

„Dělám to celý život a pořád mě to baví.“ (R5)

„Snažíme se to tady dělat dobře, dobrou medicínu a taky takhle tu nefrologii nějak rozvíjet, že jo, někam to posunout.“ (R4)

Předposlední ze seznamu témat představuje podtéma **Vztah k pacientům**, protože ve všech rozhovorech se objevily pojmy, jež se vztahují k pocitům, které respondenti chovají vůči svým pacientům. Z rozhovorů vyplývá, že i přes všechny obtíže, které PDL provází, respondenti neztrácejí ze zřetele, že ve středu dění stojí „jejich“ pacient trpící celou řadou potíží od psychických přes somatické až po ty sociální. Všichni respondenti se tak určitým způsobem vztahují ke svým pacientům a vnímají pocity odpovědnosti, které vůči nim mají. Vyjadřují snahu své pacienty chránit a zajistit jim i v nevyhovujících podmínkách tu nejlepší možnou profesionální péči. Právě z tohoto důvodu se staví kriticky k současnému systému alokace zdrojů. **Vztah k pacientům** se velice úzce prolíná s podtématem **Ohrožení pacientů a Non-compliance pacientů** (viz téma **Vnímání rizik**).

Respondentka 2 vyjadřuje pocity uspokojení nad zlepšením stavu svých pacientů.

„Mně strašně uspokojí, když se ten pacientlepší. Vždyť proto to děláme.“ (R2)

Respondent 4 popisuje blízké vztahy, které navazuje se svými pacienty a jejich rodinou, stejně tak pociťuje uspokojení, když je pacient úspěšně transplantován.

„Dost často s nima chodí někdo z rodiny a vlastně od začátku tam máme takový jako blízký vztah toho, že, že vlastně je tam nějaká domluva o tom, co a jak...Pokud jsou transplantováni, tak to je jako radost pro mě a celého toho týmu na té dialýze.“ (R4)

Respondentka 1 vychází z osobního zážitku, který formoval její vztahy k pacientům. Přistupuje k nim jako k blízkým lidem. Vzhledem k tomu provádí individualizovanou péči takovým způsobem, aby se pacient cítil při své chorobě co nejvíce komfortně.

„Mě se prostě stalo něco hrozného, osobního. No a teď já s tím žiju, že jo, že jo, nikdo to neví. A já jsem si pak řekla, že jediné, co můžu udělat je, že prostě mně se tohle to už nesmí u žádného pacienta stát. A takhle k tomu přistupuju...A třeba ten onkologickéj pacient musí být hospitalizován k tý léčbě. No, tak je u nás. No, a mně tam spadne, protože je tam nějakou dobu, tak mně to spadne do programu a já budu na tohle toho člověka jako, jako, mu povídat něco o dietě? Jo? Já se ho přece jenom budu ptát, jestli jako, jestli tu dušnost jako děláme dobře, že je míň, a podle toho eventuálně onkologům telefonovat, ať mu před dialýzou něco ještě píchnou nebo tak.“ (R1)

Respondent 6 svůj vztah k pacientům definuje na základě étosu lékaře a vyjadřuje ochranný postoj vůči pacientům, kdy odmítá jejich poškozování, které by se mohlo dít z ekonomických důvodů. Stejně tak podporuje individuální přístup vzhledem k zachování komfortního závěru života pacientů.

„Já třeba sám se k tomu stavím, tak, že se vždycky snažím domluvit s tou rodinou i s tím pacientem. A nějakým způsobem pro něj najít něco rozumného. Jo, jako terminální pacienty doopravdy nedialyzuju, to bych prostě nemoh.“ (R6)

Podobně jako Respondent 6 se vyjadřuje i Respondent 5, který vyjadřuje svůj vztah k pacientům v závěru života. Zaujímá jednoznačně odmítavý postoj k dialyzování v těchto případech. Stejně tak upřednostňuje vyšší kvalitu života, kterou se při léčbě snaží nalézt společně s pacienty.

„Protože, mám k přece nim nějakou lidskou vztah a vozit ty lidi z jednoho patra dolů na dialýzu zpátky dva tři měsíce, než vyhasnou, a mordovat je, to je pro mě teda úplně nepřijatelné... A samozřejmě s tím, že, když, ty pacienti nechťejí tu dialýzu, tak jako jim jednoznačně vysvětlím, co to znamená a vedeme to tak nějak, aby prostě oni měli co nejméně potíží, aby měli co nejlepší kvalitu toho života. No, a když řeknou, jo a teď už jako dialýzu chci, nebo mám potíže, tak se to dá kdykoliv změnit. A snažím se jim vysvětlit, že už to není jako před 25 lety, 30 lety, kdy ta dialýza probíhala úplně nějak jinak a dneska taky nějak jinak. A probíhá nějaká ta kvalita života, jako s tou dialýzou je úplně jiná, si myslím.“ (R5)

Podtéma **Postoje k zaměstnavateli** jsem takto nazvala díky zkušenostem respondentů vyjadřujícím svůj názor o zdravotnickém zařízení, ve kterém jsou zaměstnáni. Ve všech případech se jedná o velké státní nemocnice, které v souvislosti s alokacemi zdrojů různým způsobem zasahují a regulují fungování HDS, které jednotliví respondenti vedou a ti jejich zásahy určitým způsobem reflektují. Zde se podtéma v mnoha bodech propojuje s podtématem **Kontrolní mechanismy** a **Systémová pravidla** (viz téma **Náhled na makroúroveň alokačního rozhodování**).

Respondentka 1 hodnotí svůj vztah k instituci, která ji zaměstnává, jako velice pozitivní, dokonce pocítuje vděčnost. Zaměstnavatel ji nechá působit podle jejího uvážení, nezasahuje nijak do jejích kompetencí a ani je neomezuje. Popisuje také podporu, které se jí ze strany zaměstnavatele dostalo.

„A to mě tak jako drží a když to nemocnice mi dala tu šanci to vlastně moct realizovat, jo, tak, co víc si můžu přát. Já to mám jasně srovnaný, potkala jsem se s nemocnicí, která tohle to jako, já nevím, podporuje, toleruje nebo prostě. Mně do ničeho nemluví, jo a nechají dělat, tak jak jako já chci. Samozřejmě chtějí výsledky, výsledky mají. No, a neboli, já tu nemocnici mám od té doby, co mě vlastně tak strašně pomohla, v tý nemoci, tak já ji mám hrozně ráda, jako celek.“ (R1)

Podobně i Respondent 5 hodnotí postoj svého zaměstnavatele také jako podpůrný.

„To naše ředitelka vydala nařízení, že co se dá udělat pro pacienta v naší nemocnici, tak se udělá. Takže se musejí ty kliniky se domluvit mezi sebou a udělat to u nás. A neposílat toho pacienta jinam, což je pro nás dobře.“ (R5)

Naopak Respondentka 2 hodnotí svůj vztah k zaměstnavateli odlišně a vyjadřuje pocity nesnášenlivosti vůči střídajícím se ředitelům ve zdravotnickém zařízení, kde je zaměstnána.

„Hlavně ty úředníky nesnáším, já už jsem zažila čtrnáct, teď už to bude patnáct ředitelů, ale vydržela jsem to.“ (R2)

7.8 Limity výzkumu

Kvalitativní výzkum, který je prováděn pomocí expertních rozhovorů analyzovaných IPA, má i svá omezení. Pro zajištění validity výzkumu jsem se snažila postupovat metodologicky správně, tzn. vybrat skutečně homogenní skupinu respondentů, která disponuje zkoumanou zkušeností, správně položit výzkumnou otázku, uvědomit si svou roli participanta ve výzkumu, vést správným způsobem rozhovory a řádně analyzovat získaná data. Stejně tak jsem se snažila ověřit smysluplnost objevujících se podtémat a témat. Výsledná podtémata i témata jsem předložila jednomu z respondentů a jednomu nezávislému posuzovateli (v tomto případě školiteli disertační práce). Jejich připomínky jsem poté vzala v potaz při formulování závěrečných výsledků výzkumu.

Obecně se dá konstatovat, že to, jakým způsobem sbíráme a analyzujeme data, je vždy ovlivněno subjektivním úhlem pohledu výzkumníka. Podle mého názoru nelze mít zcela nezávislý úsudek, zejména když výzkumník dlouhodobě sbírá a analyzuje informace o zkoumané problematice pomocí odborné literatury nebo navíc (jako v mém případě) pochází přímo ze zkoumaného prostředí. Obě uvedené skutečnosti vedly k volbě IPA, která roli „ovlivněného“ výzkumníka přiznává, a proto mu přisuzuje roli participanta.

Určitým limitem ovlivňujícím výsledky výzkumu se může jevit výběr respondentů expertního charakteru. V původních metodologiích expertních typů výzkumů je prováděn výzkum pomocí získávání dat z rozhovorů, ale hodnocení je většinou kvantitativní. V uvedených výzkumech je však zapotřebí mít k dispozici mnoho expertů, jejich výpovědi mezi sebou porovnávat, shody jsou kvantitativně vyhodnoceny a výpovědi jsou pak považovány za zobecnitelné (A. Bogner, B. Littigová, W. Menz et al., 2009). Při výběru respondentů k účelům výzkumné části disertační práce se ukázalo, že kritériím experta, která jsem zvolila, odpovídá jen velmi malá skupina expertů, která profesně působí specificky na jednom typu pracovišť. vést kvantitativní výzkum a interpretovat výsledky jako obecně platné, by v tomto případě bylo příliš zavádějící a zkreslené. Při tápání, jakým způsobem se k problému postavit, jsem po odborných konzultacích zvolila kvalitativní výzkum, a to expertní typ hloubkových rozhovorů s využitím analýzy dat metodologií IPA. Výsledky výzkumu tak vypovídají výhradně o subjektivní zkušenosti konkrétních expertů, kterou prezentovali. Za pomoci IPA jsem se poté snažila v jejich zkušenosti identifikovat a následně interpretovat významná témata. Výsledky tedy v žádném případě nelze zobecnit a podléhají i časovému omezení.

Dalším limitem kvalitativního výzkumu se může stát využití jen jednoho zdroje dat (rozhovorů). Další data, která se v kvalitativních výzkumech doporučují (např. osobní dopisy, deníky, digitální záznamy), nebyla k dispozici. Z tohoto důvodu jsem prováděla hloubkové rozhovory a doslovnou transkripci dat, v nichž jsem zaznamenávala do závorek i emocionální doprovod (smích, důraz, rozhořčení, ironii), čímž jsem se snažila zachytit emocionální podbarvení řečeného.

7.9 Závěrečná diskuze nad zjištěnými etickými problémy

Cílem disertační práce bylo vyhledání, popis a porozumění etickým problémům, které vznikají na podkladě problematického přidělování zdrojů v pravidelném dialyzačním léčení. Vznik a vývoj těchto problémů byl popsán a detailněji diskutován v širších souvislostech v teoretické části práce, a to na podkladě analýzy dostupné odborné literatury. Nedostatek odborných informací ohledně existence etických problémů, které mohou vznikat na podkladě obtížného přidělování vzácných zdrojů v českém prostředí současného PDL, vedl k záměru provést kvalitativní výzkum na toto téma.

Z výše uvedeného důvodu bylo cílem praktické části disertační práce zjistit, jak zkoumanou problematiku, tedy alokaci zdrojů v PDL vnímají a prožívají experti oboru, kteří mají s tímto fenoménem dlouholetou profesní zkušenost. Záměrem výzkumu bylo rozšířit teoretickou část o úhel pohledu samotných odborníků profesně působících v PDL, a tím ukázat na možnost existence skrytých etických problémů. Hlavní snahou výzkumu bylo, z dat získaných z expertních rozhovorů následně analyzovaných IPA, zjistit a interpretovat významná témata, která se ve výše uvedené zkušenosti respondentů objevují v jejich vzájemné souvislosti. Součástí výzkumu bylo plánováno zjistit, jestli respondenti vidí svou zkušenost v etických souvislostech a zda jevy, které se k alokaci zdrojů v PDL váží, považují za problémy etické povahy.

Po provedení IPA jsem ve výsledku interpretovala čtyři základní významná témata, která se objevují u všech respondentů. Jedná se o témata: Náhled na makroúroveň alokačního rozhodování, Vnímání rizik, Strategie zvládnání a Osobní vztahy. Uvedená témata zahrnují celkem 16 podtémat. Za klíčové ve zkušenosti respondentů lze považovat téma nazvané Náhled na makroúroveň alokačního rozhodování. Toto téma se velice úzce prolíná se všemi dalšími tématy i podtématy. Z výsledků výzkumu vyplývá, že zkušenost, kterou respondenti mají s přidělováním zdrojů na makroúrovni, spojují s řadou negativních pocitů (např. pocity křivdy, obav, nespokojenosti, rozčarování apod.), které se následně váží i k mikroúrovni přidělování zdrojů, tedy ke klinické praxi. Uváděné pocity se týkají především nastavení systému i procesů spojených s přidělováním finančních zdrojů na PDL ze strany zodpovědných institucí, což se týká zejména zdravotních pojišťoven. Jako výrazně nespravedlivé, a tím i z etického hlediska nepřijatelné, hodnotí respondenti dlouhodobě nastolené podmínky úhrad za zdravotní péči PDL, které spojují se vznikem problémů etického charakteru v klinické praxi PDL. Za obzvláště neúnosný považují stávající úhradu v podobě výkonového typu plateb za zdravotní péči v PDL, která je hrazena poskytovatelům zdravotní péče. Podle mínění dotazovaných expertů při stávajícím systému různých typů poskytovatelů zdravotní péče, v němž převažují soukromí poskytovatelé a státní zdravotnická zařízení, dochází k diskrepancím mezi konečným přidělením finančních zdrojů na PDL. To znamená výrazný rozdíl v proplácení péče, které má následně vliv i na mikroúroveň alokace zdrojů. Podobné úvahy nad problémem můžeme nalézt u J. Žaloudíka (2016) v textu věnovaném etickým rozporům zdravotního byznysu. Autor, stejně jako respondenti výzkumu, poukazuje na následky nepřehledného systému zřizovatelů zdravotní péče doprovázeného roztržitými způsoby úhrad za zdravotní péči, které znamená řadu negativních následků pro klinickou praxi.

Respondenty je kriticky posuzováno proplácení bodů zejména za výkony přístrojové hemodialýzy poskytované na hemodialyzačních pracovištích. Tato situace podle nich znamená v podstatě výraznou podporu nestátních HDS, která vlastní soukromí zřizovatelé (v současnosti v drtivé většině několik nadnárodních soukromých řetězců) ze strany státu a jeho institucí, zejména MZ ČR a zdravotních pojišťoven, které za tyto procesy odpovídají. Státní HDS, kde jsou participanti výzkumu zaměstnání, patří pod správu státních nemocnic. Podle jejich slov tak podléhají paušální platbě. Tímto způsobem jsou státní HDS výrazně znevýhodněna oproti HDS nestátního charakteru, v nichž jsou úhrady za výkony PDL propláceny přímo soukromým zřizovatelům, tedy vlastníkům HDS, kteří tímto způsobem významně ekonomicky profitují. Výsledky výzkumu ukazují, a to ve shodě s názory odborníků z různých oblastí P. Koženého a P. Tůmy (2009), A. Maaytové (2012) nebo J. Šimka (2015), že zkušenost respondentů s takto nastaveným systémem ukazuje na hrozící neetické omezování péče ve zdravotnických zařízeních s paušálním typem úhrady, a to z finančních důvodů. Zdravotnický zřizovatel, v tomto případě nemocnice, v podstatě „doplácí“ na náročnou a mnohdy dlouhodobou péči o pacienty ve vážném zdravotním stavu. Z výsledku výzkumu vyplývá, že na rozdíl od soukromé sféry, která poskytuje PDL jen ve formě ambulantní specializované zdravotní péče, státní zdravotnické zařízení pacienty často dialyzované pacienty hospitalizuje a poskytuje jim komplexní zdravotní péči. Podle slov dotazovaných expertů to v důsledku znamená, že musí čelit situacím, kdy se ve státním zdravotnickém zařízení (na rozdíl od nestátní HDS) dlouhodobě kumulují pacienti v závažném zdravotním stavu, což klade daleko větší nároky na péči, a tím i na spotřebu všech zdrojů. Respondenti jsou tak nuceni čelit hrozbě překročení finančních limitů stanovených zdravotnickým zařízením (potažmo zdravotními pojišťovnami), pod jehož vedení HDS patří. V důsledku nadměrné snahy šetřit to může znamenat hrozící přesuny komplikovaných pacientů mezi odděleními nebo do jiných zdravotnických zařízení, neetické omezování péče, přidělování péče, zkracování doby hospitalizace, ale např. i omezování počtu zdravotníků a technického či materiálního vybavení HDS. Podle dotazovaných nefrologů jsou tak často kladeny vyšší časové i výkonnostní nároky na stávající zdravotníky, které jsou však ve státních zařízeních spojené s nižším mzdovým ohodnocením. Spolu s výše uvedeným fenoménem se ukazuje ve výsledcích výzkumu jako významné podtéma procesů tvorby pravidel pro přidělování zdrojů PDL na makroúrovni, ať se již jedná o pravidla pro úhrady nebo stanovení počtu a kvalifikace odborníků či předpisy pro přidělování technologií.

Oproti názoru O. Slámy (2011), který míní, že současný systém řízení alokace zdrojů ve zdravotnictví by měl pomocí pravidelných dohodovacích řízení o úhradových vyhláškách zajišťovat kvalitní péči a spravedlivější přístup, podle respondentů vznikají i na této úrovni problémy. Podle jejich názoru se sice na vytváření pravidel podílí zástupci zdravotnických zařízení (tzn. většinou vlastníci nestátních HDS na straně jedné a na straně druhé zástupci vedení nemocnic) a zástupci profesní organizace, ale jen výjimečně se účastní nefrologové z klinické praxe PDL. Tím podle respondentů podléhají výsledky rozhodovacích jednání zájmům zúčastněných stran, zejména ekonomickým vlivům. Zároveň při rozhodovacích procesech hrozí i nedostačená informovanost aktérů o aktuálních potřebách klinické praxe PDL.

Výše uvedeným způsobem nastavená makroúroveň alokačního rozhodování přináší podle IPA další potíže, která ohrožuje především kvalitu zdravotní péče. V souladu s poznatky E. Křížové (2018) respondenti považují za problematické finanční limitování poskytované zdravotní péče v PDL přímo ze strany zdravotní pojišťovny, a to ve smyslu omezování zdravotní péče z hlediska času a rozsahu, ale i dalších možností léčby. Z výzkumu také vyplývá, že stejně jako uvedli i A. Maaytová (2012) nebo J. Šimek (2015), pro lékaře není možné ani žádoucí diktování času, který pacientovi věnuje. To, kolik času a péče pacientovi lékař dopřeje, by mělo být plně v jeho kompetenci. Nejenže respondenti považují stanovené limity za jeden ze stresujících faktorů pro lékaře, ale obávají se i ohrožení pacientů. Podle jejich slov pacienty ani péči nelze nijak průměrovat a zdravotní péče, pokud má být skutečně prospěšná, je vysoce individuální záležitostí. Pokud pacientovi není věnováno tolik času a potažmo péče, kolik je při diagnostice a terapii zapotřebí, může to znamenat pochybení v úsudku nebo postupu lékaře. Stejně tak může být ze strany pacienta díky časovému stresu omezena např. ochota spolupracovat. Podobně nelze zdravotní pojišťovnou určovat rozsah terapie PDL, např. rozvrh dialyzačních výkonů. To, patří podle výsledků IPA zcela do rozhodnutí, která má dělat lékař.

Analýzou dat se také ukázalo, že zdravotní pojišťovna nezohledňuje některé nadstandardní či expertní úkony, které mohou ve výsledku znamenat, že je pacient léčen s úspěchem konzervativně. Podobně ze zkušenosti se zkoumaným jevem vyplývá, že nejsou zdravotními pojišťovnami podporovány další alternativy klasické dialyzační léčby. Zatímco přístrojová hemodialýza prováděná na HDS je poměrně štedře bodově ohodnocena, výrazné finanční limity platí pro domácí dialýzu, a není také dostatečně podporována konzervativní, event. paliativní léčba.

Obě posledně zmíněné metody mohou v indikovaných případech znamenat nejen vhodnější, a tím i kvalitnější péči pro pacienta, ale i šetrnost ke zdrojům, ať již se jedná o ušetření finančních částek a počtu odborníků nebo i zdrojů materiálních, např. přístrojů, léků, cestovného apod. Od dotazovaných nefrologů tak zaznívá apel na větší prostor pro individuální přístup k pacientovi neredigovaný výše uvedenými způsoby ze systémové úrovně, ale korigovaný výhradně lékařem, na nějž opakovaně kladou důraz i další odborníci, jako je S. Dusilová Sulková (2012, 2015) nebo V. Teplan (2017).

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že uvedené potlačování individuálního přístupu k pacientům je experty vnímáno jako eticky problematické, a to i proto, že kvalitu péče nelze stanovovat ani měřit pouze za pomoci vnějších ukazatelů, např. stanovených kritérií kvality, resp. účinnosti dialýzy (např. laboratorních parametrů), byť v dobré víře formulovaných odbornými společnostmi. Stejně tak ji nelze na tomto principu zohledňovat v úhradách. Tento výsledek koreluje s průzkumy B. Thorsteinsdottira, K. M. Swetze a J. C. Tilburta (2013), kteří považují ve shodě s některými dotazovanými experty tuto praxi za podporu nadměrných indikací spojenou s možností neetického poškozování pacientů z ekonomických důvodů, a to ve snaze získat bonifikace za dosahování stanovených parametrů „kvalitní“ dialýzy.

V souladu s tvrzením J. Šimka (2015) nebo E. Křížové (2018), kteří považují ekonomizaci medicíny (resp. vstup komerční sféry do zdravotnictví) za problematický a přinášející komplikace do klinické praxe, z IPA vyplynulo i další podtéma spojené se systémovým nastavením přidělování finančních zdrojů na makroúrovni. Zmíněné podtéma se týká soukromého vlastnictví, které je v českém prostředí PDL již delší čas převládajícím typem zdravotnického zařízení. Jak vyplývá ze statistik dialyzační léčby I. Rychlíka a J. Lopota (2018), došlo k obratu poměru mezi počtem nestátních HDS a státních HDS, ve prospěch nestátních HDS, což je dle mého názoru logickým vyústěním všech faktů uváděných výše v textu. S tímto tvrzením se ztotožňují i respondenti, kteří se staví kriticky ke skutečnosti, že v současnosti již ve velkém procentu převládají HDS nestátního typu, jejichž celkový počet nejenže každoročně zvyšuje, ale i na těch stávajících přibývá kapacita dialyzačních míst. Enormní převaha, celkově vysoký počet nestátních HDS i jejich podpora ze strany systémového nastavení vede u dotazovaných expertů k různým podezřením.

Z výzkumu tak vyplývají obavy respondentů z praktik soukromých vlastníků a provozovatelů uvedených HDS, které si kladou za cíl navýšit, či alespoň udržet počet výkonů, a tím i ekonomický zisk společnosti, což se shoduje s názory Ch. R. Blagga (2012) nebo B. Thorsteinsdottira, K. M. Swetze a J. C. Tilburta (2013), kteří popisovali podobné následky při rozmachu soukromých HDS v USA. V tomto kontextu se nabízí k diskuzi otázka stále vzrůstajícího počtu dialyzovaných pacientů, kterou je třeba si klást v souvislosti s dalším interpretovaným tématem nazvaným Vnímání rizik. Podle mínění respondentů tím, že je výše uvedenými mechanismy podporována přístrojová hemodialýza prováděná na HDS, je především v nestátních zařízeních jako metoda řešení konečné fáze selhání ledvin stále preferována před ostatními alternativami, a to zejména před konzervativními postupy.

Výrazně tak vzrůstá riziko předčasných, nadbytečných nebo nevhodných indikací k dialyzační léčbě. Dotazovaní experti tuto dlouhodobě panující situaci vnímají jako etický problém *overtreatmentu* v PDL, a to ve shodě s názorem H. Haškovcové (2015).

Oproti tomu, že jsou soukromá HDS podezírána z *overtreatmentu*, stojí zajímavý poznatek, a to fakt, že většina respondentů nespojuje s nekalými postupy nestátních HDS prokázaný nižší počet TPL v ČR. Tuto skutečnost dokládá i S. Dusilová Sulková a V. Tesař (2015). Participantů výzkumu vesměs kvitují postup VZP, která podporuje TPL ve formě bonifikačních programů, což odpovídá i názorům O. Viklického (Tesař, Viklický, 2015). V diskutovaném kontextu je dle mého názoru pozoruhodné, že je ve stávajícím systému nutné bonifikovat procesy spojené s TPL. Podle řady odborníků je úspěšná TPL pro indikované pacienty optimálním řešením. Opakovaně se také prokázalo, že v případě úspěchu ušetří vzácné zdroje. Na tomto typu bonifikace se dle mého mínění zřetelně ukazuje nesprávné nastavení systému alokace finančních zdrojů v PDL na makroúrovni. Tak, jak je procesován, podporuje ekonomický profit z přístrojové hemodialýzy prováděné na HDS, čímž by mohl vést k udržování pacientů v PDL a jejich nenavrhování k TPL, jak se obávají i někteří respondenti. V současné době je tedy nutné motivaci HDS k TPL uměle „dohánět“ pomocí bonifikací namísto řešení primárních potíží, které přináší výkonový typ úhrady.

Ve srovnání s názory S. Dusilové Sulkové a V. Tesaře (2015), kteří se domnívají, že dlouhodobě nižší počet peritoneálně dialyzovaných v ČR pravděpodobně souvisí i s ekonomickými otázkami a podporou přístrojové hemodialýzy, je poměrně překvapivé, že většina respondentů tento názor nesdílí.

Nižší počet peritoneálně dialyzovaných přisuzují spíše jiným důvodům, např. vysokému věku dialyzovaných pacientů, který je spojen s nízkou schopností sebezpečí, neochotě pacientů k provádění tohoto typu léčby a samostatných výkonů, odmítání spolupráce s lékařem nebo neúplným znalostem a neochotě samotných odborníků tyto postupy na HDS provádět.

Zajímavá zjištění přineslo i rozsáhlé podtéma zahrnující vnímání rizik, která ohrožují samotné nefrology. Tuto skutečnost v obecnějším smyslu, i J. Žaloudík (2016), který kritizuje těžký úděl lékaře v nepřehledném systému současného českého zdravotnictví. Respondenti opakovaně popisovali nedostatečný počet nefrologů působících v praxi PDL, který má podle nich různé příčiny a současně i přímou souvislost se způsobem systémového přidělování finančních zdrojů. V paušálním typu úhrad se nefrologové cítí dle výsledků IPA podhodnoceni, navíc jsou vystaveni nevyhovujícím pravidlům. Často stojí před nutností řešení řady potíží, které ze situace vyplývají, např. sloužit přesčasy, musí si obhajovat a poměrně složitě zařizovat nákupy modernějších přístrojů, prosazovat dražší postupy, léčbu apod.

Na druhou stranu tím, že jich je celkově tak nízký počet, získávají poměrně vysokou jistotu zaměstnání. Všemi uvedenými skutečnostmi je pak ohrožena jejich motivace vykonávat kvalitně profesi, nadále se vzdělávat ve svém oboru, nebo jej rozvíjet. Dalším uváděným aspektem je atrahování absolventů lékařských fakult a lékařů ze státních HDS do nestátní oblasti nabídkami lepších pracovních podmínek, hlavně vysokým finančním ohodnocením. Lékař je tak při svém rozhodování o diagnostice a léčbě pacientů i v celém profesním působení vystaven řadě výše uváděných nepříznivých vlivů, ať již ve státní nebo v soukromé oblasti zdravotnictví. Tento jev v obecnějším měřítku popisuje J. Kořenek (2004) nebo M. Munzarová (2005), konkrétněji, a to ve spojitosti s privátní sférou a jejími následky na morálku lékaře i H. Haškovcová (2017).

Důležitou součástí tématu Vnímání rizik je respondenty popisované reálné ohrožení pacientů v PDL vyplývající z problematického přidělování zdrojů. Z výsledků IPA se ukazuje jako významná obava lékařů z nevhodné volby metody při řešení terminální fáze chronického onemocnění ledvin a následného poškození těch pacientů, pro které přístrojová hemodialýza není vhodná. Podle respondentů do rozhodování navíc vstupují ekonomické zájmy plátců i poskytovatelů zdravotní péče. Otázka vhodné indikace k náhradám funkce ledvin je dotazovanými odborníky vnímána jako nesmírně obtížná a vysoce individuální. Spíše ji vidí jako proces než jako jednorázovou záležitost.

Připouštějí také, že je nutné při rozhodování zvažovat i ekonomickou stránku věci a domnívají se, že úvaha, zda tak nákladnou intenzivní léčbu poskytnout pacientovi, kterému již prokazatelně neprospěje, by zcela určitě měla být součástí rozhodování. Podobně problematiku vidí i B. Szonowská se svými spolupracovníky (2019) nebo autoři S. Muthalagappan, L. Johansson, W. M. Kong a E. A. Brown (2013), a to hlavně v souvislosti se situací geriatricky křehkých pacientů. IPA ukazuje, že při rozvahách expertů o započetí, či prodlužování, event. ukončení hemodialyzačního léčení, však nejsou rozvahy o nákladech prioritní. Respondenti jsou přesvědčeni, že zvolená metoda, ať už jakákoliv, by měla apriori zahrnovat úvahy o následné kvalitě života pacienta, což potvrzuje i V. Teplan (2015), ale tato kvalita je mnohdy těžko predikovatelná. V těchto případech volí lékaři spíše proaktivní přístup. Hemodialýzu indikují na krátký čas tzv. „na zkoušku“. Poté se znovu rozhodují přece jen s již lepšími informacemi o zdravotním stavu pacienta a kvalitě jeho života.

Jako další podtéma, které se z IPA vynořilo, je obava respondentů o kontinuitu zdravotní péče u pacientů, kteří jsou léčeni v nestátních HDS ambulantního typu. Tato obava je spojená s etickým problémem „*cherry picking*“, což koreluje s názorem J. C. Parkera (2011).

Nestátní HDS v podobě ambulantní specializované péče totiž zajišťují z naprosté většiny výkony a zdravotní péči spojenou „pouze“ s poskytováním PDL, tzn., že pacienty se zdravotními komplikacemi nehospitalizují. Zde jsou namísto pochybnosti respondentů, kteří v této souvislosti uvažují, jakým způsobem je zajištěna návazná péče. Otázkou v této souvislosti nadále zůstává, zda také nehrozí selekce pacientů, tedy vybírání si a lákání k přijetí do péče HDS těch pacientů, kteří jsou na tom zdravotně lépe, na různé výhody. Jako další riziko pak účastníci výzkumu vidí v „putování“ nemocných s potřebou hospitalizace po různých zdravotnických zařízeních, pokud soukromé HDS nemá nasmlouvanou návaznou péči v konkrétním zdravotnickém zařízení, což popisuje i Z. Kalvach (2004).

Jako poměrně významné se ukázalo i téma spojené s fenoménem spolupráce pacientů se zdravotníky. Jejich non-compliance způsobená podle respondentů různými příčinami (např. psychologickými problémy, nedůvěrou v lékaře, odmítáním převzetí části odpovědnosti za léčbu na sebe apod.) ve svém důsledku může navyšovat počty výkonů hemodialýzy. Z výše uvedených důvodů totiž často zvolí z nabízených možností přístrojovou hemodialýzu, protože pro ně představuje nejsnazší a nejméně ohrožující variantu. To může nepřímou přispívat k celkově neutěšenému stavu nadměrného počtu výkonů hemodialýz a plýtvání veřejnými prostředky na nákladnou léčbu. Ta by ale při navázání dobré spolupráce nemusela být zapotřebí, což souhlasí s poznatky o významu získávání důvěry a navázání spolupráce s pacienty M. Znojové (2007, 2019) nebo S. Dusilové Sulkové a M. Kubišové (2010).

Z výsledků výzkumu také vyplývá, že se respondenti k potížím v klinické praxi, které vyplývají z problematické alokace zdrojů staví různými způsoby a volí různorodé strategie k jejich zvládnutí. Tyto strategie zahrnují snahy o prosazování kvalitního managementu v podobě vedení kolegů a podřízených na HDS. Dotazovaní uvádějí i nutnost diplomatických vyjednávání s vedením nemocnice, při nichž jsou často nuceni volit nestandardní postupy, aby dosáhli svého úmyslu. Lékaři pocítují odpovědnost vůči svým nemocným, ale zároveň jí ve zhoršených podmínkách nemohou dostát. Otázka, zda zvolit „obcházení“ pravidel anebo situaci neřešit, a tím riskovat poškození nemocných, je eticky dilematická a klade vysoké nároky na jejich rozhodování a následné jednání.

Posledním tématem, které jsem z analýzy dat interpretovala, je téma Osobních vztahů. Všichni participanti výzkumu se snaží o podporu a edukaci svých týmů, ke kterým vyjadřují kladný vztah, ať již se jedná o kolegy lékaře nebo „dialyzační“ sestry. Stejně tak chovají náklonnost ke svému náročnému oboru – nefrologii. Ambivalentní pocity se pak týkají nefrologů z jiných pracovišť, ať již státních nebo soukromých. Respondenti si uvědomují, že úroveň a morální kvality lékařů nejsou stejné, což opět může znamenat ohrožení pro klinickou praxi.

Samostatné podtéma pak tvoří Postoje k zaměstnavateli, kde se výsledcích ukázalo, že postoje a názory respondentů k zaměstnavateli jsou odlišné v závislosti na kvalitě spolupráce i vstřícnosti vedení nemocnice. Pomocí výzkumu se odhalil i vztah respondentů k pacientům, který prezentují jako vesměs kladný s důrazem na odpovědnost a snahu zajistit co největšího možný prospěch s důrazem na individuální přístup ke každému nemocnému.

I přes některé možné limity výzkumu, které jsou výše uvedeny, jej lze považovat za přínosný pro hlubší porozumění a otevření celé problematiky. Vzhledem k zajímavým výsledkům se jedná i o naznačený směr dalších výzkumů v této oblasti PDL, která by jistě stála za hlubší prozkoumání, např. za pomoci týmů specialistů z různých oblastí.

Vzhledem k tomu, že dokončovací práce na disertační práci probíhaly již v období pandemie koronaviru SARS-CoV-2 (v letech 2020–2021), je zatím otevřenou otázkou, jakým způsobem závažná situace dopadne i na řešenou problematiku. Začínají se totiž znovu otevírat problémy, které již byly považované za uzavřené, např. matematika milosrdenství ve smyslu přidělování nedostatkových přístrojů (v současnosti se jedná o ventilátory). Palčivá otázka optimální alokace zdrojů ve zdravotnictví se stává dle mého názoru naprosto klíčovou oblastí, kterou bude čím dál obtížnější řešit. Je tedy vysoce důležité racionálně a zodpovědně hospodařit se vzácnými zdroji a nalézat i „kritická“ místa, kde se to nedaří, na což upozorňují i výsledky předložené disertační práce.

8 Závěr

V disertační práci jsou komplexním způsobem shrnuty informace o etických souvislostech alokace zdrojů v PDL. Jejím cílem bylo vyhledání, popis a porozumění etickým problémům, které vznikaly a stále vznikají na podkladě vždy obtížného přidělování vzácných zdrojů do této oblasti technologicky vyspělé medicíny. Při zpracovávání teoretické části jsem zjistila, že informace o etických problémech, které doprovázely rozvoj dialyzačního léčení, jsou v odborné literatuře dostupné. Při podrobném studiu historických událostí se však ukázalo, že nejsou vždy přesné. Mou snahou se tak stalo dohledání relevantních informací, uchopení a diskuze etických problémů v kontextu historických událostí, čímž jsem se snažila o upřesnění podstaty jejich vzniku. Teoretická část práce se tak stala odrazovým můstkem pro uchopení etických problémů nově vznikajících, jako je *overtreatment*, *cherry picking*, *stopping*, *withdrawal* a *withholding* a dalších. Zatímco v mnoha zemích se o těchto problémech otevřeně hovoří a píše, situace v ČR je v této oblasti nepřehledná, což mne přivedlo ke zpracování kvalitativního výzkumu na toto téma. Jako respondenty jsem zvolila nefrology experty, kteří disponují požadovanou zkušeností a za pomoci interpretativní fenomenologické analýzy jsem se spolu s nimi snažila nalézt odpovědi na své otázky. Výsledky výzkumu přinesly zajímavá zjištění, která jsou podrobně diskutována v závěrečné diskuzi. Za klíčové téma, které vzešlo z IPA, považuji stávající nastavení procesů alokačního rozhodování na makroúrovni, které následně zasahuje do klinické praxe v podobě vnímání etických problémů respondenty. Respondenti za závažný etický problém považují nespravedlivé a nerovné nastavení pravidel alokace zdrojů na makroúrovni, hlavně pak nastavení systému úhrad zdravotní péče ze strany zdravotních pojišťoven, které podle nich přináší četná rizika a ohrožení do mikroúrovně alokace zdrojů. Podle mínění respondentů tento stav vážně narušuje étos lékaře – nefrologa. Za významný etický problém považují i ohrožení kvality poskytované zdravotní péče, což je spojeno se zvýšeným rizikem zneužívání a poškozování uživatelů zdravotní péče z ekonomických důvodů. Nefrologové jsou pak v praxi nuceni volit různé strategie, které taktéž mohou být eticky dilematické. Všechny potíže zasahují výrazně i do osobních vztahů v PDL, což se také ukázalo jako významné téma ve výpovědích respondentů. Současný způsob alokace zdrojů v PDL se jeví jako dlouhodobě nevyhovující a jistě by bylo vhodné rozšířit výzkum o další aspekty, např. ekonomická šetření nebo názory nefrologů z privátní sféry. Domnívám se, že disertační práce přinesla zajímavá zjištění a nastínila určitá rizika etického charakteru, která se v současné praxi českého prostředí PDL objevují.

Seznam citované literatury

DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, Martina, 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0717-9.

AKVINSKÝ, Tomáš; ARISTOTELÉS, 2013. *Komentář k Etice Nikomachově, II. kniha*. Přel. MACHULA, T. Praha: Krystal OP. Aquinata, sv. 19. ISBN 978-80-87183-61-8.

ARISTOTELÉS; REZEK, Petr, ed., 2005. *Magna moralia*. Přeložil Antonín KŘÍŽ. Praha: Rezek. ISBN 80-86027-22-8.

BARTÁK, Miroslav, 2010. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika. ISBN 978-80-7357-503.

BARTŮNĚK, Petr a Radek PTÁČEK, eds., 2018. *Můžeme to, co umíme?: kontroverzní témata mezi současnou medicínou a etikou*. Praha: Mladá fronta, Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-204-5311-2.

BEAUCHAMP, L. Tom a James Franklin CHILDRESS, 2009. *Principles of biomedical ethics*. 6th ed. New York: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-533570-5.

BEDNÁŘOVÁ, Vladimíra a Sylvie SULKOVÁ, 2007. *Peritoneální dialýza*. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, Jessenius. ISBN 978-80-7345-005-2.

BEDNÁŘOVÁ, Vladimíra, 2015. Peritoneální dialýza. In: TESAŘ, Vladimír a Ondřej VIKLICKÝ, eds. *Klinická nefrologie*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, s. 439–454. ISBN 978-80-247-4367-7.

BENEŠOVÁ, V. a E. PAVLÍNOVÁ, 1981. Chronický hemodialyzační program u dětí. In: OPATRŇÝ, Karel. *Sborník prací ze IV. Celostátní konference dialyzovaných a transplantačních pracovníků ČSSR*. Plzeň: FN KÚNZ, s. 94–97.

BLAGG, Christopher, R., 2012. "Scrib"- Belding Hibbard Scribner, 1921–2003. In: TODD, Ing S.; RAHMAN A. Mohamed. and Carl M. KJELLSTRAND, eds. *Dialysis: History, Development and Promise*. Singapur: World Scientific Publishing, s. 115–124. ISBN 978-97814289757.

BLAGG, Christopher, R., 2007. The Early History of Dialysis for Chronic Renal Failure in the United States: A View From Seattle. *American Journal of Kidney Diseases*. 49 (3), s. 482–496. ISSN 0272-6386.

BOGNER Alexander; LITTIG Beate a Wolfgang MENZ W., eds. 2009. *Interviewing Experts*. London: Palgrave Macmillan [online]. [cit. 2020-05-10]. ISBN 978-0-230-24427-6. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/284419200_Interviewing_Experts

BOMBALOVÁ, Hana, 2018. *Faktory ovlivňující rozhodování pacientů pro některou z modalit náhrady funkce ledvin* [online]. Diplomová práce. Masarykova univerzita Brno. Vedoucí práce: PhDr. Hana Janečková Ph.D. [cit. 2019-01-07]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/mmai3/Diplomova_prace_Faktory_ovlivnujici_rozhodovani_pacientu_pro_nekterou_z_modalit_nahrady_funkce_ledvin_ukqjaweq.pdf

B-BRAUN MEDICAL, ©2017. Na počátku se dialyzační roztoky míchaly pádlem. Rozhovor s profesorkou lékařské etiky Helenou Haškovcovou o počátcích tehdy československé dialýzy a o pravdivém informování pacienta. *Braunoviny* [online]. 4.12.2017. [cit. 2018-01-06]. Dostupné z: <https://www.braunoviny.cz/na-pocatku-se-dialyzacni-roztoky-michaly-vodackym-padlem>

B-BRAUN MEDICAL, ©2017. Nefrologii ještě čeká mnoho výzev. Rozhovor s prof. Ondřejem Viklickým. *Braunoviny* [online]. 26. 5. 2017 [cit. 2018-11-15]. Dostupné z: <https://braunoviny.bbraun.cz/prof-ondrej-viklicky-nefrologii-jeste-ceka-mnoho-vyzev>

BRENNAN, John F., 2019. Koncepce podpůrné léčby u pacientů s onemocněním ledvin – základní přehled. In: SZONOWSKÁ, Barbora et al. *Paliativa v nefrologii: podpůrná a paliativní péče u pacientů s onemocněním ledvin*. Praha: Maxdorf, Jessenius. s. 19–35. ISBN 978-80-7345-603-0.

BROD, Jan, 1949. *Klinická fyziologie a pathologie ledvin*. Praha: Spolek českých lékařů.

BUŽGOVÁ, Radka a Štěpánka ŠMOTKOVÁ, 2013. Porovnání kvality života pacientů na dialýze a po transplantaci ledviny. *Čas. Lék. čes.* [online], 152 (5), s. 233–239 [cit. 2019-01-03]. ISSN 1805-4420. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2013-5-2/porovnani-kvality-zivota-pacientu-na-dialyze-a-po-transplantaci-ledviny-41670>

CAMERON, J.Stewart, 2016. The prehistory of hemodialysis as a treatment for uremia. *History of Nephrology* [online]. 33 (10), s. 29–42 [cit. 2019-01-03] Dostupné z: <https://www.iahn.info/download/history-of-nephrology-10/>

CEPEK, V., 1981. Servisní služba k dialyzačním přístrojům tzv. hradeckého systému. In: OPATRŇÝ, Karel, ed. *Sborník prací ze IV. Celostátní konference dialyzovaných a transplantačních pracovníků ČSSR*. Plzeň: FN KÚNZ, s. 70.

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA, ©2018. *Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010–k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli*. [online]. [cit. 2018-02-05]. Dostupné z: <https://www.lkcr.cz/doporuzeni-predstavenstev-clk-227.html>

DAŇKOVÁ, Šárka et al., 2010. *Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. ISBN 978-80-7280-900-4.

DEVIES, Gill, 2013. *Kompletní historie medicíny*. Brno: Cpress. ISBN 978-80-264-0099-8.

DISMAN, Miloslav, 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0139-7.

DRBAL, Ctibor, 2005. *Česká zdravotní politika a její východiska*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-340-0.

DROZENOVÁ, Wendy; ŠIMEK, Vojtěch et al. 2019. *Filosofie Hanse Jonase*. Praha: Filosofia. ISBN 978-80-7007-601-9.

DUSILOVÁ SULKOVÁ, Sylvie; LOPOT, František a Jindra PAVLICOVÁ, 2009. Interní oddělení Strahov. In: MATOUŠOVIC, Karel; RYCHLÍK, Ivan a Sylvie DUSILOVÁ SULKOVÁ, eds. *Hereditatis petitio české nefrologie*. Praha: Tigis, s. 94–101. ISBN 978-80-903750-8-6.

DUSILOVÁ SULKOVÁ, Sylvie, 2010. KDIGO – cíle, současný stav a výhledy do nejbližší budoucnosti. *Postgraduální nefrologie* [online]. 8 (6), s. 86–87, [cit. 2020-08-07]. Dostupné z: <https://www.postgraduálninefrologie.cz/cislo-v-iii-6/kdigo-cile-soucasny-stav-a-vyhledy-do-nejblizsi-budoucnosti/>

DUSILOVÁ SULKOVÁ, Sylvie a KUBIŠOVÁ, Michaela, 2010. Edukace a příprava pacienta pro léčbu RRT chronického selhání ledvin mimotělní eliminační metodou. In: VIKLICKÝ, Ondřej; TESAŘ, Vladimír a Sylvie DUSILOVÁ SULKOVÁ. *Doporučené postupy a algoritmy v nefrologii*. Praha: Grada Publishing, s. 106–108. ISBN 979-80-247-3227-5

DUSILOVÁ SULKOVÁ, Sylvie, 2012. Kdy zahájit dialyzační léčení? *Postgraduální nefrologie* [online]. 10 (2), s. 18–19 [cit. 2018-08-20]. Dostupné z: <https://www.postgraduálninefrologie.cz/cislo-x-2/kdy-zahajit-dialyzačni-leceni/>

DUSILOVÁ SULKOVÁ, Sylvie a Roman ŠAFRÁNEK, 2015. Hemodialyzační procedura a metody očišťování krve. In: TESAŘ, Vladimír a Ondřej VIKLICKÝ, eds. *Klinická nefrologie*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, s. 387–398. ISBN 978-80-247-4367-7.

DZÚRIK, Rastislav, SPUSTOVÁ, Viera a Miroslav ŠAŠINKA, 2009. Vývoj nefrológie na Slovensku, slovenská a česká nefrológia. In: MATOUŠOVIC, Karel; RYCHLÍK, Ivan a Sylvie DUSILOVÁ SULKOVÁ, eds. *Hereditatis petitio české nefrologie*. Praha: Tigis, s. 322–329. ISBN 978-80-903750-8-6.

EPSTEIN, Murray, 2009. The Father of Nephrology as a Specialty. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, [online]. 4 (1), s. 2–8, [cit. 2018-08-07]. Dostupné z: <https://cjasn.asnjournals.org/content/4/1/2.full>

ERBEN, Josef et al., 1974. Současný stav chronického intermitentního dialyzačního programu. In: MYDLÍK, Miroslav; ERBEN, Josef a Karel OPATRNÝ, eds. *Dialyzačná liečba a transplantácia obličiek*. Martin: Osveta, s. 271–280. ISBN 70-039-74.

ERBEN, Josef; VÁLEK, Albert a René TOMÁŠEK, 1974. Panelová diskusia o chronickom intermitentnom programe. In: MYDLÍK, Miroslav; ERBEN, Josef a Karel OPATRNÝ, eds. *Dialyzačná liečba a transplantácia obličiek*. Martin: Osveta, s. 271–293. ISBN 70-039-74.

ERBEN, Josef, 1981. Nynější stav dialyzačního léčení v ČSSR a výhledy do budoucna. In: OPATRNÝ, Karel, ed. *Sborník prací ze IV. Celostátní konference dialyzovaných a transplantovaných pracovníků ČSSR*. Plzeň: FN KÚNZ, s. 9–12.

ERBEN, Josef, 2000. Historické ohlédnutí. In: SULKOVÁ, Sylvie et al. *Hemodialýza*. Praha: Maxdorf, s. 14–33. ISBN 80-85912-22-8.

ERBEN, Josef, 2005. Historie dialýzy. In: NAVRÁTIL, Pavel. *Praktická urologie u nemocných v dialyzační léčbě, před a po transplantaci ledviny*. Hradec Králové: Olga Černá, s. 5–11. ISBN 80-86703-13-4.

ERBEN, Josef; FIXA, Petr a Petr MOUČKA, 2009. Historický pohled na činnost nefrologického oddělení I. Interní kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové. In: MATOUŠOVIC, Karel; RYCHLÍK, Ivan a Sylvie DUSILOVÁ SULKOVÁ, eds. *Hereditatis petitio české nefrologie*. Praha: Tigis, s. 116–128. ISBN 978-80-903750-8-6.

EXNER, Pavel, 1997. Pár slov o novém sazebníku výkonů. *Stěžněň* [online]. 1997 (4), [cit. 2017-11-20]. ISSN 1210-0153. Dostupné z: http://stezen.xf.cz/html/stezen/1997/04/1997_4_07.html

FILIP, V., 1981 Diskusní příspěvek OP Zdravotnické zásobování. In: OPATRNÝ, Karel, ed. *Sborník prací ze IV. Celostátní konference dialyzovaných a transplantačních pracovníků ČSSR*. Plzeň: FN KÚNZ, s. 61–67.

FIXA, Petr et al., 2009. Nefrologie ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové po roce 1993. In: MATOUŠOVIC, Karel; RYCHLÍK, Ivan a Sylvie DUSILOVÁ SULKOVÁ, eds. *Hereditatis petitio české nefrologie*. Praha: Tigis, s. 129–134. ISBN 978-80-903750-8-6.

FRIEDMAN, A. Eli, 2012. A. Willem Johan „Pim“ Kolff: Artificial Kidney Therapy Founder and Overlord. In: TODD S. Ing, MOHAMED A. Rahman, CARL M. Kjellstrand (eds.) *Dialysis: History, Development and Promise*. Singapur: World Scientific Publishing, s. 69–76. ISBN 978-97814289757.

GLADKIJ, Ivan, 2003. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví: řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví: kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. Brno: Computer Press. Praxe manažera. ISBN 80-7226-996-8.

GROHAR-MURRAY, Mary Ellen a Helen R. DICROCE, 2003. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0267-3.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 1975. *Rub života – líc smrti*. Praha: Orbis.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 1985. *Spoutaný život*. Praha: Panorama.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 1996. *Práva pacientů. Komentované vydání*. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové. ISBN 80-902163-0-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2002. *Lékařská etika*. Třetí, rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 80-7262-132-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2015. *Lékařská etika*. 4. aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-204-6.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2017. Etické kodexy – tradice a současnost. In: PTÁČEK, Radek; BARTŮNĚK, Petr a Jan MACH, eds. *Informovaný souhlas. Etické, právní psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén, s. 217–224. ISBN 978-80-7492-334-0.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2018. Proměny českých rodinných scénářů a důsledky pro medicínu. In: BARTŮNEK, Petr a Radek PTÁČEK et al. *Můžeme to, co umíme? Kontroverzní témata mezi současnou medicínou a etikou*. Praha: Mladá fronta, s. 125–135. ISBN 978-80-204-5311-2.

HEIDLAND, August; KLASSEN, André a Jorg VIENKEN, 2012. Heinrich Necheles, Pioneer of Hemodialysis in the Treatment of Experimental Uremia. In: TODD, Ing S.; RAHMAN A. Mohamed. and Carl M. KJELLSTRAND, eds. *Dialysis: History, Development and Promise*. Singapur: World Scientific Publishing, s. 51–58. ISBN 978-97814289757.

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

HIPPOKRATÉS; BARTOŠ, Hynek a Sylva FISCHEROVÁ, eds, 2012. *Vybrané spisy*. Praha: OIKOYMENH, Knihovna antické tradice, svazek 9, 16. ISBN 978-80-7298-392-6.

HONZÁK, Radkin, 2009. Pocta urputnému a kreativnímu vizionáři. *Vesmír* [online]. 88 (5), [cit. 2016-12-23]. ISSN 0042-4544. Dostupné z: <https://vesmir.cz/cz/casopis/archiv-casopisu/2009/cislo-5/pocta-kreativnimu-urputnemu-vizionari-ktery-zachranil-miliony-lidskych-zivotu.html>

HONZÁK, Radkin, 2015. Milá, milá Heleno. In: JEDLIČKOVÁ, Anetta ed. *Etiko, kam kráčíš? Aneb paní profesorce k narozeninám*. Praha: Galén, s. 35. ISBN 978-80-7492-205-3.

HRADCOVÁ, Libuše, 2009. Jak to všechno začalo. In: MATOUŠOVIC, Karel; RYCHLÍK, Ivan a Sylvie DUSILOVÁ SULKOVÁ, eds. *Hereditatis petitio české nefrologie*. Praha: Tigis, s. 19–22. ISBN 978-80-903750-8-6.

CHROBÁK, Ladislav, 2001. MUDr. Josef Erben, DrSc., zakladatel pravidelné dialyzační léčby v našem státě. *Scan, Časopis fakultní nemocnice a lékařské fakulty UK v Hradci Králové* [online]. 9 (1), [cit. 2018-09-05]. ISSN 1211-295X. Dostupné z: https://www.fnhk.cz/data/casopis/2001_1.pdf

ILLICH, Ivan, 2012. *Limity medicíny: Nemesis medicíny – zaprodané zdraví*. Brno: Emitos. ISBN 978-80-87171-26-4.

JANDA, Jan; ŠIMKOVÁ, Eva a Jaroslav ŠPATÉNKA, 2000. Hemodialyzační léčba u dětí a dorostu. In: SULKOVÁ, Sylvie et al. *Hemodialýza*. Praha: Maxdorf, s. 491–503. ISBN 80-85912-22-8.

JANDA, Jan, 2009. Historie dětské nefrologie v bývalém Československu a později v České republice. In: MATOUŠOVIC, Karel; RYCHLÍK, Ivan a Sylvie DUSILOVÁ SULKOVÁ, eds. *Hereditatis petitio české nefrologie*. Praha: Tigis, s. 176–186. ISBN 978-80-903750-8-6.

JANEČKOVÁ, Hana, 2002. Problematika ekvity ve zdraví a zdravotní péči v moderní společnosti. In: ŠIMEK, Jiří. *Etické aspekty transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa*. Praha: Karolinum, s. 55–90. ISBN 80-246-0507-4.

JANÍČEK, Přemysl a Jiří MAREK. *Expertní inženýrství v systémovém pojetí*. Praha: Grada, 2013. Expert. ISBN 978-80-247-4127-7.

JANKOVSKÝ, Jiří, 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-329-6.

JELÍNEK, Lubomír, 2009. Společnost dialyzovaných a transplantovaných nemocných, jejich rodinných příslušníků a přátel dialýzy. In: MATOUŠOVIC, Karel; RYCHLÍK, Ivan a Sylvie DUSILOVÁ SULKOVÁ, eds. *Hereditatis petitio české nefrologie*. Praha: Tigis, s. 314–317. ISBN 978-80-903750-8-6.

JIRKA, Jiří et al., 1974. Interní komplikace po alogenní transplantaci ledviny. In.: MYDLÍK, Miroslav, ERBEN, Josef a Karel OPATRŇY, Karel, eds. *Dialyzační léčba a transplantácia obličiek*. Martin: Osveta, s. 214–221. ISBN 70-039-74.

JIRKA, Jiří, 2009. Brodova skupina a strana a vláda očima Jiřího Jirky. In: MATOUŠOVIC, Karel; RYCHLÍK, Ivan a Sylvie DUSILOVÁ SULKOVÁ, eds. *Hereditatis petitio české nefrologie*. Praha: Tigis, s. 38–49. ISBN 978-80-903750-8-6.

JIRKA, Jiří; RENELTOVÁ, Ivana; SKIBOVÁ a Štefan VÍTKO, 2010. Transplantace ledviny v IKEM 1966–1998. *Aktuality v nefrologii* [online]. 16 (10), [cit. 2017-03-26]. Dostupné z: http://www.tigis.cz/images/stories/Aktuality_nefro/2001/03/02_jirka_ok.pdf

JONAS, Hans, 1997. *Princip odpovědnosti: pokus o etiku pro technologickou civilizaci*. Praha: OIKOYMENH, Oikúmené. ISBN 80-86005-06-2.

JONSEN, Albert R.; Mark SIEGLER a William J. WINSLADE, 2019. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*. Přeložil Jaromír MATĚJEK. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton. ISBN 978-80-7553-653-2.

HEIDEKING, Jürgen a Christof MAUCH, 2012. *Dějiny USA*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2894-0.

KALVACH, Zdeněk, 2004. Naděje a zklamání medicíny – gerontologický aspekt. In: MÁŠOVÁ, Hana; KŘÍŽOVÁ, Eva a Petr SVOBODNÝ, eds. *České zdravotnictví. Vize a skutečnost. Složitě peripetie od plánů k realizaci*. Praha: Karolinum, s. 165–187. ISBN 80-246-0944-4.

KALVACH, Zdeněk a Iva HOLMEROVÁ, 2008. Geriatrická křehkost, významný klinický fenomén. *Medicína pro praxi* [online] 5 (2) ISSN 1803-5310. [cit. 2018-04-26]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/02/05.pdf>

KANT, Immanuel. *Kritika praktického rozumu*. Bratislava: Spektrum, 1990. Filozofické odkazy. ISBN 80-218-0051-8.

KJELLSTRAND, Carl M.; BIRGER Lindergård a Ingegerd ODAR-CEDERLÖF, 2012. Nils Alwall, the First Complete Artificial Kidney and the Development of Acute and Chronic Dialysis. In: TODD, Ing S.; RAHMAN A. Mohamed. and Carl M. KJELLSTRAND, eds. *Dialysis: History, Development and Promise*. Singapur: World Scientific Publishing, s. 77–88. ISBN 978-97814289757.

KOLFF, Willem Johan, 1944. The Artificial Kidney: dialyser with great area. *Journal of Internal Medicine* [online]. 117 (2), [cit. 2016-07-15]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.0954-6820.1944.tb03951.x>

KOŘENEK, Josef, 2004. *Lékařská etika*. 2. vydání. Praha: Triton. ISBN 80-7254-538-8.

KOUTNÁ KOSTÍNKOVÁ, Jana a Ivo ČERMÁK, 2013. Interpretativní fenomenologická analýza. In: ŘIHÁČEK, Tomáš; ČERMÁK, Ivo a Roman HYTYCH eds. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, s. 9–43. ISBN 978-80-210-6382-2.

KREJČÍKOVÁ, Helena, 2019. Právní aspekty paliativní péče v nefrologii. In: SZONOWSKÁ, Barbora et al. *Paliativa v nefrologii: podpůrná a paliativní péče u pacientů s onemocněním ledvin*. Praha: Maxdorf, Jessenius. s. 284–287. ISBN 978-80-7345-603-0.

KŘÍŽOVÁ, Eva, 1998. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*. Praha: Křížová, c. ISBN 80-238-0937-7.

KŘÍŽOVÁ, Eva, 2018. *Zdraví – kultura – společnost*. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 978-80-246-3937-6.

KUBIŠOVÁ, Michaela a Sylvie DUSILOVÁ SULKOVÁ, 2010. Péče o pacienta v pravidelném dialyzačním programu. In: VIKLICKÝ, Ondřej; TESAŘ, Vladimír a Sylvie DUSILOVÁ SULKOVÁ: *Doporučené postupy a algoritmy v nefrologii*. Praha: Grada Publishing, s. 152–153. ISBN 979-80-247-3227-5.

KUŘE, Josef, 2019. Odpovědnost jako jediný princip etiky? In: DROZENOVÁ, Wendy a Vojtěch ŠIMEK. *Filosofie Hanse Jonase*. Praha: Filosofia, s. 187–240. ISBN 978-80-7007-601-9.

LACHMANOVÁ, Jana, 1999. *Očišťovací metody krve*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-749-4.

LACHMANOVÁ, Jana, 2009. Počátky hemodialyzační léčby v Praze a Středočeském kraji. In: MATOUŠOVIC, Karel; RYCHLÍK, Ivan a Sylvie DUSILOVÁ SULKOVÁ, eds. *Hereditatis petitio české nefrologie*. Praha: Tigis, s. 82–83. ISBN 978-80-903750-8-6.

LACHMANOVÁ, Jana a Vladimír TESAŘ, 2009. Historie nefrologie ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. In: MATOUŠOVIC, Karel; RYCHLÍK, Ivan a Sylvie DUSILOVÁ SULKOVÁ, eds. *Hereditatis petitio české nefrologie*. Praha: Tigis, s. 67–81. ISBN 978-80-903750-8-6.

LACHMANOVÁ, Jana, 2011. Hemoelimační metody, In: KRŠKA, Zdeněk et al. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. Praha: Grada, s. 188–193. ISBN 978-80-247-3815-4.

LINDSAY, M. Robert, 2012. Trailblazing Approaches to Hemodialysis: Gordon Murray. TODD, Ing S.; RAHMAN A. Mohamed. and Carl M. KJELLSTRAND, eds. *Dialysis: History, Development and Promise*. Singapur: World Scientific Publishing, s. 89–96. ISBN 978-97814289757.

LOPOT, František, 2000. Hemodialyzační technika. In: SULKOVÁ, Sylvie et al. *Hemodialýza*. Praha: Maxdorf, s.70–127. ISBN 80-85912-22-8.

LOPOT, František, 2009a. Vývoj dialyzační techniky. In: MATOUŠOVIC, Karel; RYCHLÍK, Ivan a Sylvie DUSILOVÁ SULKOVÁ, eds. *Hereditatis petitio české nefrologie*. Praha: Tigis, s. 197–250. ISBN 978-80-903750-8-6.

LOPOT, František, 2009b. 17. kongres EDTA a 9. konference EDTNA, Praha, 1980. In: MATOUŠOVIC, Karel; RYCHLÍK, Ivan a Sylvie DUSILOVÁ SULKOVÁ, eds. *Hereditatis petitio české nefrologie*. Praha: Tigis, s. 360–362. ISBN 978-80-903750-8-6.

LOPOT, František, 2012. Princip umělé ledviny. Dialyzátor. *Stěžeň* [online]. 2012 (4). ISSN 1210-0153. [cit. 2016-05-12]. Dostupné z: <http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/2012/03/index.php?ap=ledvina>.

LOPOT, František; ŠKVÁRA, František a Vladimír POLAKOVIČ, 2018. „Revival“ domácí hemodialýzy. *Aktuality v nefrologii* [online]. 24 (2). ISSN 1210-955X. [citace: 2019-12-06]. Dostupné z: http://www.tigis.cz/images/stories/Aktuality_nefro/2018/02/AVN_2_2018_Lopot.pdf.

MAAYTOVÁ, Alena, 2012. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika. ISBN 978-80-7357-912-8.

MARCUS AURELIUS, Antoninus, 2011. *Hovory k sobě*. Vyd. 8., V AK 3. Přeložil Rudolf KUTHAN. Praha: Arista, Antická knihovna, sv. 1. ISBN 978-80-86410-63-0.

MÁTL, Ondřej a Milena JABŮRKOVÁ, 2006. *Naše zdravotnictví po vstupu do Evropské unie. Vliv politik a práva Společenství na zdravotní péči členských států*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzita Karlova. Publikace byla vydána jako součást projektu „Modernizace a internacionalizace vybraných vzdělávacích mechanismů v oblasti sociálních služeb a zdravotních služeb“.

MATOUŠOVIC, Karel; RYCHLÍK, Ivan a Sylvie DUSILOVÁ SULKOVÁ, eds., 2009. *Hereditatis petitio české nefrologie*. Praha: Tigis. ISBN 978-80-903750-8-6.

MATOUŠOVIC, Karel a Jiří JIRKA, 2009a. Prof. MUDr. Jan Brod, DrSc. In: MATOUŠOVIC, Karel; RYCHLÍK, Ivan a Sylvie DUSILOVÁ SULKOVÁ, eds. *Hereditatis petitio české nefrologie*. Praha: Tigis, s. 23–27. ISBN 978-80-903750-8-6.

MATOUŠOVIC, Karel a Jiří JIRKA, 2009b. Ústav pro choroby oběhu krevního. In: MATOUŠOVIC, Karel; RYCHLÍK, Ivan a Sylvie DUSILOVÁ SULKOVÁ, eds. *Hereditatis petitio české nefrologie*. Praha: Tigis, s. 28–37. ISBN 978-80-903750-8-6.

MATOUŠOVIC, Karel a Petr SVAČINA, 2016. Prof. MUDr. Otto Schück, DrSc. – stálice na českém nefrologickém nebi. *Vnitř. Léč.* [online]. 62 (6), [citace: 2017-11-06]. ISSN 1801–7592. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2016-suppl-6/prof-mudr-otto-schuck-drsc-stalice-na-ceskem-nefrologickem-nebi-60087>

MELICHAROVÁ, Dina a René TOMÁŠEK, 1974. Některé zvláštnosti průběhu onemocnění pacientů v pravidelném dialyzačním léčení. In: OPATRNÝ, Karel, ed. *Sborník prací z r. 1974 z III. celostátní nefrologické konference. Dialyzační léčba a transplantácia obličiek*. Plzeň: FN KÚNZ, s. 117–122.

MONHART, Václav a Milan JAROŠ, 2009. Historie nefrologie v Ústřední vojenské nemocnici (ÚVN) v Praze. In: MATOUŠOVIC, Karel; RYCHLÍK, Ivan a Sylvie DUSILOVÁ SULKOVÁ, eds. *Hereditatis petitio české nefrologie*. Praha: Tigris, s. 102–109. ISBN 978-80-903750-8-6.

MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1024-2.

MUNZAROVÁ, Marta, 2018. Kontroverze v historii medicíny. In: BARTŮNĚK, Petr a Radek PTÁČEK, eds. *Můžeme to, co umíme? Kontroverzní témata mezi současnou medicínou a etikou*. Praha: Mladá fronta, s. 39–46. ISBN 978-80-204-5311-2.

MUTHALAGAPPAN, Seetha; JOHANSSON, Lina; KONG, Wing May a Edwina A BROWN, 2013. Dialysis or conservative care for frail older patients: ethics of shared decision-making. *Nephrology Dialysis Transplantation*, [online]. 28 (11), s. 2717–2722 [cit. 2020-02-28]. ISSN 0931-0509. Dostupné z: <https://dx.doi.org/10.1093/ndt/gft245>

MYDLÍK, Miroslav a Katarína DERZSIOVÁ, 2009. Príspevok nefrológie vo Fakultnej nemocnici L. Pasteura a Lekárskej fakulty UPJŠ v Košiciach, Rastislavova 43, ku histórii českej nefrológie In: MATOUŠOVIC, Karel; RYCHLÍK, Ivan a Sylvie DUSILOVÁ SULKOVÁ, eds. *Hereditatis petitio české nefrologie*. Praha: Tigris, s. 330–334. ISBN 978-80-903750-8-6.

NAVRÁTIL, Josef, 1987. *Dialýza, hemoperfúze a plazmaferéza*. Praha: Naše vojsko. Válečné lékařské obory, sv. 62.

NAVRÁTIL, Pavel, 2005. *Praktická urologie u nemocných v dialyzační léčbě, před a po transplantaci ledviny*. Hradec Králové: Olga Čermáková. ISBN 80-86703-13-4.

NOUZA, Karel, 1985. *Rouby života*. Praha: Mladá fronta. ISBN 23-068-85.

OPATRNÝ, Karel, 1981. Zahájení IV. Celostátní konference dialyzačních a transplantačních pracovníků v Žinkovech. In: OPATRNÝ, Karel, ed. *Sborník prací ze IV. celostátní konference dialyzovaných a transplantačních pracovníků ČSSR*. Plzeň: FN KÚNZ, s.1.

OPATRNÝ, Karel a Vladimír POLAKOVIČ, 2006. Mimosměrné metody nahrazující funkci ledvin. In: TEPLAN, Vladimír et al. *Praktická nefrologie*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, s. 385–397. ISBN 80-247-1122-2.

OPATRNÝ, Karel jr. a Karel OPATRNÝ sen., 2009. Historie hemodialýzy a transplantace ledvin v Plzni. In: MATOUŠOVIC, Karel; RYCHLÍK, Ivan a Sylvie DUSILOVÁ SULKOVÁ, eds. Praha: Tigris, s. 135–143. ISBN 978-80-903750-8-6.

PALOUŠ, Martin, 1999. Fundamentace lidských práv. In: KUNC, Jiří, ed. *Demokracie a ústavnost*. Praha: Karolinum, s.111–166. ISBN 80-7184-868-9.

PARKER, J. Clint, 2011. Cherry picking in ESRD: an ethical challenge in the era of pay for performance. *Semin Dial* [online]. 24 (1), s. 5–8 [cit. 2020-02-02]. ISSN 0894-0959. Dostupné z: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1525-139X.2010.00806.x>

PAVLICOVÁ, Jindra, 1981. Zpráva o činnosti komise sester. In: OPATRNÝ, Karel, ed. *Sborník prací ze IV. Celostátní konference dialyzovaných a transplantačních pracovníků ČSSR*. Plzeň: FN KÚNZ, s. 5–8.

PAVLICOVÁ, Jindra, 2005. Rozvoj ošetrovatelství v nefrologii. *Zdravotnictví a medicína* [online]. [cit. 2018-02-12]. ISSN 1805-2355. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/rozvoj-oseetrovatelstvi-v-nefrologii-294460>

PAVLICOVÁ, Jindra, 2009. Historické mezníky a rozvoj ošetrovatelství v nefrologii. In: MATOUŠOVIC, Karel; RYCHLÍK, Ivan a Sylvie DUSILOVÁ SULKOVÁ, eds. *Hereditatis petitio české nefrologie*. Praha: Tegis, s. 335–344. ISBN 978-80-903750-8-6.109.

PACNER, Karel, 2017. *Géniové XX. století. Kniha třetí: Osobnosti a objevy, které změnily svět*. Praha: Motto. ISBN 978-80-257-0894-0.

PARSONS, Frank Maudsley, 1967. Selection of patients for haemodialysis. "A true 'doctor's dilemma. *Br Med J* [online]. 1(5540), s. 623 [cit. 2019-11-12]. ISSN 0007-1447. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmj.1.5540.623>

PATOČKA, Jan, 2007. *Kacířské eseje o filosofii dějin*. 3. opr. vyd. Praha: OIKOYMENH. sv. 136. ISBN 978-80-7298-275-2.

PLATÓN, 2017. *Ústava*. Šesté, opravené vydání. Přeložil František NOVOTNÝ. Praha: OIKOYMENH. Platónovy dialogy, svazek 18. ISBN 978-80-7298-230-1.

PINC, Zdeněk, 1999. Ústava a ústavnost od antiky k modernosti. Člověk v antické polis. In: KUNC, Jiří. *Demokracie a ústavnost*. 2., rozšíř. vyd. Praha: Karolinum, s.18–35. ISBN 80-7184-868-9.

PODHOLOVÁ, Helena, 2019. 30 let Společnosti dialyzovaných a transplantovaných. *Stěžej* [online]. 2019 (3), [cit. 2019-12-11]. ISSN 1210-0153. Dostupné z: <http://www.casopisstezen.cz/30-let-spolecnosti-dialyzovanych-a-transplantovanych/>

POLAKOVIČ, Vladimír, 2000. Centrální žilní katetry pro hemodialýzu. In: SULKOVÁ, Sylvie et al. *Hemodialýza*. Praha: Maxdorf, s. 153–164. ISBN 80-85912-22-8.

POLÁŠKOVÁ, Marie, 2016. Dní, které mám před sebou, je méně, než které mám za sebou. Takže si je nebudu kazit. Rozhovor s R. Honzákem. *Braunoviny* [online]. [cit. 2016-12-23]. ISSN 1213-0362. Dostupné z: <https://www.braunoviny.cz/dni-ktere-mam-pred-sebou-je-min-nez-ktere-mam-za-sebou-takze-si-je-nebudu-kazit>

PORTER, Roy, 2013. *Dějiny medicíny: od starověku po současnost*. V českém jazyce vyd. 2. Praha: Prostor. Obzor, sv. 82. ISBN 978-80-7260-287-2.

PRUSÍK, Bohumil; PELNÁŘ, Josef et al., 1932. *Nemoc Brightova. Soubor rozprav při II. pokračovacím kursu interní kliniky prof. Pelnáře pro praktické lékaře 4. a 5. června 1932*. Praha: Spolek lékařů českých v Praze.

- PŘÍHODA, Petr, 2014. *Etika: Informovaný souhlas* [online]. In: 2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy [online] [citace: 2018-05-07]. Dostupné z: <https://www.lf2.cuni.cz/ustav-lekarske-etiky-a-humanitnich-zakladu-mediciny-2-lf-uk/etika#10>
- PRYMULA, Roman a Karel ANTOŠ, 2002. Nákladová efektivnost léčby chronického selhání ledvin na základě metaanalýzy. *Vojenské zdravotnické listy* [online]. 71 (4) [cit. 2019-12-11]. ISSN 0372-7025. Dostupné z: <https://www.mmsl.cz/pdfs/mms/2002/04/04.pdf>
- RYCHLÍK, Ivan, 2009a. Nefrologie ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady (FNKV) v Praze. In: MATOUŠOVIC, Karel; RYCHLÍK, Ivan a Sylvie DUSILOVÁ SULKOVÁ, eds. *Hereditatis petitio české nefrologie*. Praha: Tigis, s. 110–115. ISBN 978-80-903750-8-6.
- RYCHLÍK, Ivan, 2009b. Historie vzniku Československé nefrologické společnosti JEP a její vývoj do r. 1992. In: MATOUŠOVIC, Karel; RYCHLÍK, Ivan a Sylvie DUSILOVÁ SULKOVÁ, eds. *Hereditatis petitio české nefrologie*. Praha: Tigis, s. 285–291. ISBN 978-80-903750-8-6.
- RYCHLÍK, Ivan, a Jana LACHMANOVÁ, 2009. Klub mladých nefrologů (KMN) a Dialyzační diskuzní klub (DDK). In: MATOUŠOVIC, Karel., RYCHLÍK, Ivan a Sylvie DUSILOVÁ SULKOVÁ, eds. *Hereditatis petitio české nefrologie*. Praha: Tigis, s.306–309. ISBN 978-80-903750-8-6.
- RYCHLÍK, Ivan et al., 2009. Česká nefrologická společnost – vývoj od r. 1993. In: MATOUŠOVIC, Karel; RYCHLÍK, Ivan a Sylvie DUSILOVÁ SULKOVÁ, eds. *Hereditatis petitio české nefrologie*. Praha: Tigis, s. 292–298. ISBN 978-80-903750-8.
- RYCHLÍK, Ivan a František LOPOT, 2020. Statistická ročenka dialyzační léčby v České republice. [online] [citace 2020-12-28]. *Česká nefrologická společnost*, 2018. Dostupné z: <http://www.nefrol.cz/odbornici/dialyzacni-statistika>
- SCHOTT, Heinz, 1994. *Kronika medicíny*. Čes. vyd. Praha: Fortuna print. ISBN 80-85873-16-8.
- SCHÜCK, Otto, 1966. *Nefrologie praktického lékaře*. 3. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.
- SCHÜCK, Otto, 1980. *Nefrologie*. Praha: Avicenum. ISBN 08-058-80.
- SCHÜCK, Otto, TESAŘ, Vladimír a Vladimír TEPLAN, 1995. *Klinická nefrologie*. Praha: Medprint. ISBN 80-902036-0-4.
- SCHÜCK, Otto, 2009. Výzkumný ústav experimentální terapie (VÚET). In: MATOUŠOVIC, Karel; RYCHLÍK, Ivan a Sylvie DUSILOVÁ SULKOVÁ, eds. *Hereditatis petitio české nefrologie*. Praha: Tigis, s. 50–53. ISBN 978-80-903750-8-6.
- SLÁMA, Ondřej, 2011. Etika versus ekonomika. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, Edice celoživotního vzdělávání ČLK. s. 419–427. ISBN 978-80-247-3976-2.

SMITH, A. Jonathan; FLOWERS, Paul a Michael LARKIN, 2009. *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. London, SAGE Publications. ISBN 978-1-4129-0834-4 (pbk).

SOBOTOVÁ, Doris, 2009. Vývoj nefrologie v Jihomoravském kraji. In: MATOUŠOVIC, Karel, RYCHLÍK, Ivan a Sylvie DUSILOVÁ SULKOVÁ, eds. *Hereditatis petitio české nefrologie*. Praha: Tigis, s. 146–158. ISBN 978-80-903750-8-6.

SOKOL, Jan, 2008. *Filosofická antropologie. Člověk jako osoba*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-422-9.

SOKOL, Jan, 2018. *Moc, peníze a právo*. Vydání druhé, opravené. Praha: Vyšehrad. ISBN 978-80-742-9638-3.

STOLÍNOVÁ, Jitka a Jan MACH, 2010. *Právní odpovědnost v medicíně*. Druhé, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén. ISBN 979-80-7262-686-1.

Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030, ©2014. Portál strategických dokumentů ČR [online]. Praha: MZ ČR [cit. 2020-12-08]. Dostupný z: <https://www.databaze-strategie.cz/cz/mzd/strategie/strategicky-ramec-rozvoje-pece-o-zdravi-v-ceske-republice-do-roku-2030-revokace?typ=struktura>

SULKOVÁ, Sylvie et al., 2000. *Hemodialýza*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-22-8.

SULKOVÁ, Sylvie a František ŠVÁRA, 2000. Ostatní komplikace. In: SULKOVÁ, Sylvie et al. *Hemodialýza*. Praha: Maxdorf, s. 440–465. ISBN 80-85912-22-8.

SULKOVÁ, S., 2006. Možnosti a limity dialýzy. *Postgraduální medicína* [online]. 8 (2) [cit. 2012-07-17]. ISSN 1212-4184. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/moznosti-a-limity-dialyzy-170711>

SVOBODNÝ, Petr a Ludmila HLAVÁČKOVÁ, 1999. *Pražské špitály a nemocnice*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. Knižnice Dějin a současnosti, sv. 8. ISBN 80-7106-315-0.

SZONOWSKÁ, Barbora, 2018. Paliativní péče v nefrologii. *Čas. Lék. čes.* [online]. 157 (1) [cit. 2020-10-05]. ISSN 1805-4420. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2018-1/paliativni-pece-v-nefrologii-63252>

SZONOWSKÁ, Barbora et al., 2019. *Paliativa v nefrologii: podpůrná a paliativní péče u pacientů s onemocněním ledvin*. Praha: Maxdorf, Jessenius. ISBN 978-80-7345-603-0.

ŠIMEK, Jiří, 2002. *Etické aspekty transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0507-4.

ŠIMEK, Jiří a Vladimír ŠPALEK, 2002. Vůdčí principy transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa. In: ŠIMEK, Jiří. *Etické aspekty transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa*. Praha: Karolinum, s. 5–26. ISBN 80-246-0507-4.

ŠIMEK, Jiří a Vladimír ŠPALEK, 2003. *Filozofické základy lékařské etiky*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0440-4.

- ŠIMEK, Jiří, 2015. *Lékařská etika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5306-5.
- ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
- ŠVORC, Jiří et al., 1988. *Dětská nefrologie*. Praha: Avicenum. ISBN 08-046-88.
- TATTERSALL, James; MARTIN-MALO Alexandre; PEDRINI, Luciano et al., 2007. EBPG guideline on dialysis strategies. *Nephrology Dialysis Transplantation*, [online]. 22 (2), s. 5–21. ISSN 0931-0509. [cit. 2020-11-18]. Dostupné z: https://academic.oup.com/ndt/article/22/suppl_2/ii5/1871254
- TEPLAN, Vladimír, 1998. *Praktická nefrologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-474-6.
- TEPLAN, Vladimír, 2003. *Nefrologie*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-422-5
- TEPLAN, Vladimír et al., 2006. *Praktická nefrologie*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1122-2.
- TEPLAN, Vladimír, 2009. Pedagogická činnost na klinice nefrologie-subkatedra nefrologie institutu pro další vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ). In: MATOUŠOVIC, Karel; RYCHLÍK, Ivan a Sylvie DUSILOVÁ SULKOVÁ, eds. *Hereditatis petitio české nefrologie*. Praha: Tigis, s. 61–62. ISBN 978-80-903750-8-6.
- TEPLAN, Vladimír et al., 2015. *Nefrologie vyššího věku*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3521-7.
- TEPLAN, Vladimír, 2017. *Nefrologické minimum pro klinickou praxi*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4370-0.
- TESAŘ, Vladimír, 2011. Minulost, současnost a budoucnost náhrady funkce ledvin. *Vnitř. Lék.* [online]. 57 (7/8), [citace: 2020-11-10]. ISSN 1801–7592. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2011-7-8/minulost-soucasnost-a-budoucnost-nahrady-funkce-ledvin-35965>
- TESAŘ, Vladimír, 2014. Etické problémy v nefrologii. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, s. 301–306. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0.
- TESAŘ, Vladimír a Ondřej VIKLICKÝ, eds., 2015 *Klinická nefrologie*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4367-7.
- TESAŘ, Vladimír a Sylvie DUSILOVÁ SULKOVÁ, 2015. Etické problémy v nefrologii. *Aktuality v nefrologii* [online]. 21, (3) [cit. 2020-05-03]. Dostupné z: http://www.tigis.cz/images/stories/Aktuality_nefro/2015/03/04_tesar.pdf
- TESCHAN, Paul, E., 2012. Dialysis in Military Casualties with Pos-traumatic Acute Renal Failure. In: TODD, Ing S.; RAHMAN A. Mohamed. and Carl M. KJELLSTRAND, eds. *Dialysis: History, Development and Promise*. Singapur: World Scientific Publishing, s. 105–112. ISBN 978-97814289757.

THORSTEINSDOTTIR, Bjorg, SWETZ, M.Keith a Jon C. TILBURT, 2013. Dialysis in the Frail Elderly – A Current Ethical Problem an Impeding Ethical Crisis. *Gen Intern Med* [online]. 28, s. 1511–1516. [cit. 2019-06-28] Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-013-2494-1>

THORWALD, Jürgen, 1983. *Pacienti*. Bratislava: Osveta.

TICHÝ, Oldřich, 2015. Analýza VZP: Pacient po transplantaci ledviny stojí ročně o půl milionu méně než na dialýze. *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky* [online] [cit. 2017-05-24]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/analiza-vzp-pacient-po-transplantaci-ledviny-stoji-rocne-o-pul-milionu-mene-nez-na-dialyze>

TICHÝ, Oldřich, 2018. Za dialýzu dá VZP 3,8 miliardy. Nově zaplatí lékařům za pomoc s rozšířením transplantací. *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky* [online]. [cit. 2019-05-24]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/za-dialyzu-da-vzp-3-8-miliardy-nove-zaplati-lekarum-za-pomoc-s-rozsirenim-transplantaci>

TOMEŠ, Igor, 2001. *Sociální politika teorie a mezinárodní zkušenost*. 2., přepracované vydání. Praha: Sociopress. ISBN 80-86484-00-9.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, ©2019 [online]. [cit. 2019-05-29]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/>

TŮMA, Petr a Pavel KOŽENÝ, 2009. Co se změnilo po zavedení DRG v České republice. *Medical Tribune* [online]. [cit. 2020-12-11]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/15709-co-se-zmenilo-po-zavedeni-drg-v-ceske-republice>

VÁCHA, Marek, 2012. Základní etické pojmy a teorie. In: HEŘMANOVÁ, Jana, VÁCHA, Marek a Hana SVOBODOVÁ. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, s. 9–28. ISBN 978-80-247-3469-9.

VIENKEN, Jörg, 2012. Hemodialysis as an Experimental Therapy: Georg Haas and the First Clinical Treatment of a Human Kidney Patient. In: TODD, Ing S.; RAHMAN A. Mohamed. and Carl M. KJELLSTRAND, eds. *Dialysis: History, Development and Promise*. Singapur: World Scientific Publishing, s. 43–50. ISBN 978-97814289757.

VÁLEK, Albert, 1967. *Náhlé selhání ledvin*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.

VÁLEK, Albert, 1973. *Chronické selhání ledvin*. Praha: Avicenum.

VÁLEK, Albert, 1981. Nepřetržitá domácí peritoneální dialýza. In: OPATRŇÝ, Karel, ed. *Sborník prací ze IV. Celostátní konference dialyzovaných a transplantačních pracovníků ČSSR*. Plzeň: FN KÚNZ, s. 23–27.

VÁLEK, Albert; HAŠKOVCOVÁ, Helena a Dina VÁLKOVÁ, 1982. *Život s umělou ledvinou*. Rady nemocným. Praha: Avicenum.

VÁLEK, Albert a Otto SCHÜCK, 1989. *Klinická nefrologie*. Praha: Avicenum.

VÍTKO, Štefan, 1995. Transplantace ledvin. In: SCHÜCK, Otto; TESAŘ, Vladimír a Vladimír TEPLAN. *Klinická nefrologie*. Praha: Medprint, s. 336–374. ISBN 80-902036-0-4.

VIKLICKÝ, Ondřej; TESAŘ, Vladimír a Sylvie DUSILOVÁ SULKOVÁ, 2010. *Doporučené postupy a algoritmy v nefrologii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 979-80-247-3227-5.

VIKLICKÝ, Ondřej a Sylvie DUSILOVÁ SULKOVÁ, 2015. Chronické onemocnění ledvin a uremický syndrom. In: TESAŘ, Vladimír a Ondřej VIKLICKÝ, eds. *Klinická nefrologie*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, s. 357–386. ISBN 978-80-247-4367-7.

VIKLICKÝ, Ondřej et al., 2015. Transplantace ledviny. In: TESAŘ, Vladimír a Ondřej VIKLICKÝ, eds. *Klinická nefrologie*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, s. 455–491. ISBN 978-80-247-4367-7.

VLASÁK, Jiří, 2009. DS Sokolov. In: MATOUŠOVIC, Karel; RYCHLÍK, Ivan a Sylvie DUSILOVÁ SULKOVÁ, eds. *Hereditatis petitis české nefrologie*. Praha: Tigis, s. 441–442. ISBN 978-80-903750-8-6.

Vzdělávací program specializačního oboru nefrologie, ©2020. Věstník MZ [online]. Praha: MZ ČR [cit. 2020-12-08]. Dostupný z: file:///C:/Users/admon/AppData/Local/Temp/Nefrologie_V%C4%9Bstn%C3%ADk_MZ_2019_specializovan%C3%BD_v%C3%BDcvik.pdf

WATTS, Geoff, 2009. Willem Johan Kolff. *The Lancet* [online]. 373 (9670). [cit. 2016-02-25] ISSN 0140-6736. Dostupné z: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60673-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60673-5/fulltext)

WHITE, Yvonne a FITZPATRICK, Genevieve, 2006. Dialysis: prolonging life or prolonging dying? Ethical, legal and professional considerations for end of life decision making. *EDTNA/ERCA*. 32 (2), s. 99–103. ISSN Print 1019-083X.

ZAKIYANOV, Oskar a Vladimír TESAŘ, 2018. *Průvodce klinickou nefrologií a dialýzou pro internisty*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4860-6.

ZAVÁZALOVÁ, Helena, 2002. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0467-1.

ZNOJOVÁ, Marcela, 2007. Kvalita života. In: BEDNÁŘOVÁ, Vladimíra a Sylvie SULKOVÁ, 2007. *Peritoneální dialýza*. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, Jessenius, 79–90. ISBN 978-80-7345-005-2.

ZNOJOVÁ, Marcela, 2019. Kvalita života pacientů s pokročilým onemocněním ledvin. In: SZONOWSKÁ, Barbora et al. *Paliativa v nefrologii: podpůrná a paliativní péče u pacientů s onemocněním ledvin*. Praha: Maxdorf, Jessenius. s. 102–113. ISBN 978-80-7345-603-0.

ŽALOUDÍK, Jan, 2016. Rozpory zdravotního byznysu. In: BARTŮNĚK, Petr a Radek PTÁČEK, eds. *Kontroverze současné medicíny*. Praha: Mladá fronta. Edice celoživotního vzdělávání ČLK, S. 31–38. ISBN 978-80-204-4360-1.

Seznam citované legislativy

ČESKO. Usnesení č. 2/1993 Sb. Usnesení předsednictva České národní rady o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako součásti ústavního pořádku České republiky. In: *Sbírka zákonů* [online]. [cit.: 2017-07-11]. Dostupné z: <http://zakony.centrum.cz/listina-zakladnich-prav-a-svobod/>

ČESKO. Sdělení č. 96/2001 Sb. m. s. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině. In: *Sbírka mezinárodních smluv* [online]. [citace: 2018-07-08]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/ms/2001-96>

ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů* [online]. [cit. 2017-06-01]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

ČESKO. Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů. In: *Sbírka zákonů* [online]. [cit. 2019-09-15] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-261>

ČESKO. Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů* [online]. [cit. 20. 9. 2017]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

ČESKO. Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů* [online]. [cit.: 2017-09-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

ČESKO. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném pojištění. In: *Sbírka zákonů* [online]. [cit. 2018-04-11]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>

ČESKO. Zákon č. 68/1957 Sb. Zákon o umělém přerušení těhotenství In: *Sbírka zákonů* [online]. [cit. 2017-06-01]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1957-68>

ČESKO. Zákon č. 20/1966, o péči o zdraví lidu. In: *Sbírka zákonů* [online]. [cit. 2019-09-22]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1966-20>

ČESKO. Vyhláška č. 201/2018 Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019. In: *Sbírka zákonů* [online]. [cit. 2019-9-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2018-201>

ČESKO. Vyhláška č. 326/2014 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů* [online]. [cit. 2018-10-22]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2014-326>

ČESKO. Vyhláška č. 92/2012 Sb., vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. In: *Sbírka zákonů* [online]. [cit. 2017-09-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1981-75/zneni-0>

ČESKO. Vyhláška č.55/2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů* [online]. [cit. 2018-11-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

ČESKO. Vyhláška č. 75/1981 Sb., vyhláška ministra zahraničních věcí o Dohodě o mezinárodní soustavě pro spolupráci v oblasti transplantace ledvin „Intertransplant“. In: *Sbírka zákonů* [online]. [cit. 2017-09-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1981-75/zneni-0>

ČESKO. Vyhláška č. 357/1953, o přeměně společnosti KOVO, akciové společnosti pro dovoz a vývoz výrobků přesného strojírenství, na podnik pro zahraniční obchod. In: *Sbírka zákonů* [online]. [cit. 2017-05-04]. Dostupné z: [https://www.epravo.cz/vyhledavani-
aspi/?Id=27483&Section=1&IdPara=1&ParaC=2](https://www.epravo.cz/vyhledavani-
aspi/?Id=27483&Section=1&IdPara=1&ParaC=2)

Přehled významných osobností

Alwall Nils (1904–1986) švédský lékař, který mj. zahájil organizaci PDL ve Švédsku a přispěl i k rozšíření transplantace. Založil Švédskou společnost pro nefrologii a byl zakládajícím otcem a prezidentem Evropské asociace pro dialýzu a transplantaci a Mezinárodní nefrologické společnosti. Stal se prvním profesorem a předsedou oddělení nefrologie na světě.

prof. MUDr. **Brod Jan**, DrSc. (1912–1985) působil na I. interní klinice FN I UK v Praze. Pracoval v zahraničí (i jako armádní lékař za druhé světové války v československých jednotkách ve Francii a Velké Británii). Po válce se vrátil do Prahy, absolvoval odbornou stáž v Londýně a v r. 1951 začal působit v ÚCHOK, jehož se stal v r. 1961 ředitelem. Vědecky se zabýval klinickou a experimentální nefrologií, fyziologií a patofyziologií ledvin. V roce 1968, kdy se stal iniciátorem „Výzvy 2000 slov“, byl nucen odejít do emigrace. Jako nefrolog nadále působil v Hannoveru a v exilu i zemřel. ČNS v 90. letech 20. století organizovala přednášky pod označením „Jan Brod *Memorial Meetings*“ podporované Nadací Jana Broda (založena 1993), později přejmenována na Nadační fond Jana Broda. Později se tento odkaz přetvořil do současných „Brodových dnů“, celostátní edukační aktivity, konané každé dva roky (Matoušovic, Rychlík, Dusilová Sulková, 2009).

prof. MUDr. **Daum Severin** (1923–2005), po roce 1957 přešel na příkaz nového přednosty kliniky ke kardiopulmonální problematice, které se věnoval již po zbytek profesní kariéry. Stal se profesorem v Mnichově, čestným profesorem 1. LF UK a České nefrologické společnosti Československé lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (Lachmanová, Tesař, 2009).

prof. MUDr. **Dusilová Sulková Sylvie**, DrSc. pracovala po promoci až do roku 2004 na Interním oddělení Strahov, VFN a 1. LF UK Praha, od roku 1989 jako vedoucí lékařka dialyzačního střediska, v letech 1997–2004 ve funkci přednostky pracoviště. Dva roky působila na Klinice nefrologie IKEM jako vedoucí lékařka klinického oddělení. Pracovala i v Koordinačním středisku transplantací a na I. interní klinice FNKV a 3. LF UK v Praze. V letech 2006–2010 a od roku 2012 pracuje jako vedoucí lékařka oboru nefrologie ve FN i LF Hradec Králové. Je autorkou i spoluautorkou řady publikací. Od roku 2012 je vedoucí lékařkou Hemodialyzačního střediska; od roku 2015 má toto pracoviště ve své gesci celý obor (klinická, dialyzační i transplantační nefrologie). Databáze knih [online]. [cit. 2017-07-11]. Dostupné z: <https://www.databazeknih.cz/zivotopis/sylvie-dusilova-sulkova-59731>

Ganz Vilém (1919–2009), košický rodák, odešel do emigrace v roce 1966. Působil od 50. let v ÚCHOK, kde se s A. Froňkem podílel na výrobě katétrů. V roce 1970 spolu s H. J. C. Swanem (1992–2005) navrhli katétr, dodnes používaný k měření tlaku zaklínění v plicnici a srdečního výdeje. Lékařský slovník [online]. [cit. 2017-01-06]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/lexikon-pojem/ganz-william-nar-8>

prof. RNDr. PhDr. **Haškovcová Helena**, CSc., v r. 1990 iniciovala vznik lékařské etiky jako samostatného oboru, jako první v něm habilitovala a byla jmenována profesorkou. Garantovala doktorské studium Filozofie – Aplikovaná etika a též obor Lékařská etika v Celoživotním vzdělávání lékařů pod Českou lékařskou komorou. Je autorkou mnoha odborných publikací. V roce 2019 získala státní vyznamenání prezidenta republiky, resp. Medaili 1. stupně za zásluhy o stát v oblasti vědy a školství. Fakulta humanitních studií [online]. [cit. 2017-09-02]. Dostupné z: <https://fhs.cuni.cz/FHS-1377.html>

MUDr. **Honzák Radkin** je známý psychiatr, autor řady publikací. Léčil dlouhá léta dialyzované pacienty. V oblasti PDL má velkou zásluhu na zveřejnění problémů v PDL, uplatňování práv pacientů a založení svépomocného sdružení Společnosti Dialyzovaných a transplantovaných pacientů a přátel dialýzy v roce 1989 (Matoušovic, Rychlík, Dusilová Sulková, 2009).

Kolff Willem Johan (1911–2009), přezdívaný přáteli „Pim“, byl všestranný nizozemský lékař, nositel více než 150 ocenění, autor deseti publikací a mnoha článků. V 50. letech 20. století odešel do USA, kde se nejen nadále podílel na rozvoji dialyzační léčby a na dalším lékařském výzkumu, později např. i na vývoji umělého srdce, rozvoji oxygentoterapie a založení krevních bank. Je také považován za zakladatele Americké a Mezinárodní společnosti pro umělé vnitřní orgány (Kjellstrand, Lindergard, Odar-Cederlöf, 2012).

MUDr. **Lachmanová Jana** je významná nefroložka, vedoucí lékařka HDS I. interní kliniky LF UK, publikovala více než 90 prací, od r. 1991 je členkou výboru ČNS.

Doc. Ing. **Lopot František**, inženýr strahovského HDS, zastupující člen naší republiky v EDTA/ERCA, autor řady publikací a řešitel projektů ohledně dialyzační techniky (Matoušovic, Rychlík, Dusilová Sulková, 2009).

prof. MUDr. **Munzarová Marta**, CSc. Je absolventkou Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, pracovala jako lékařka internistka. Později byla vědeckou pracovnící ve výzkumných ústavech a na odděleních zaměřených na nádorovou imunologii. V roce 1992 byla pověřena založením Ústavu lékařské etiky Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně, jehož se stala přednostkou. Má četné zahraniční zkušenosti z práce v různých organizacích věnujících se lékařské etice (Munzarová, 2005).

Plk. MUDr. **Navrátil Josef**, CSc. (1925–2018), vojenský lékař III. interního oddělení ÚVN Střešovice, kde se mj. podílel spolu s dalšími nefrology na výzkumu využití dialyzační techniky v terénu za polních podmínek, a to pro vojenské účely.

Necheles Heinrich (1897–1979) německý fyziolog, který působil na různých místech, např. v Pekingu, je autorem tzv. Nechelesova deskového dialyzátoru, ale hemodialýzu u člověka nikdy nepoužil.

Pavlicová Jindra, bývala staniční sestrou strahovského HDS, později pracovala v IKEM a na Ministerstvu zdravotnictví České republiky jako hlavní sestra. Také je spoluzakladatelkou nefrologické sekce České společnosti sester, později členkou prezidia České asociace sester. Zasloužila se o rozvoj dialyzační ošetrovatelské péče (Matoušovic, Rychlík, Dusilová Sulková, 2009).

Doc. PhDr. **Pinc Zdeněk** je absolventem Filozofické fakulty UK, habilitoval v oboru filozofie. Profesně se věnuje fenomenologii, filozofii výchovy a etnologii. Pracoval v řadě vedoucích funkcí, spolupodílel se na vzniku Fakulty humanitních studií UK a zde působí dodnes. Je autorem několika monografií a řady článků, je nositelem státního vyznamenání z roku 2005 (Medaile 1. stupně Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR). Fakulta humanitních studií [online]. [cit. 2017-05-08]. Dostupné z: <https://bakalar.fhs.cuni.cz/SHV-166.html>

prof. MUDr. **Schück Otto**, DrSc., významný nefrolog, dlouholetý prezident Československé nefrologické společnosti Československé lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, stal se přednostou Subkatedry nefrologie Institutu pro další vzdělávání lékařů Praha, přednostou III. interní výzkumné základny a později Kliniky nefrologie v Institutu klinické a experimentální medicíny. Zásluhy má především v oblasti výzkumu funkčního vyšetření ledvin, vylučovacích schopností ledvin a působení nefrologických farmak (diuretik). Má na kontě řadu publikací a jeho kniha Nefrologie praktického lékaře (1962, 1964, 1966, 1970, 1980, 1993) se stala „Biblií nefrologie“ studentům, ale i praktikům (Matoušovic, Rychlík, Dusilová Sulková, 2009).

prof. PhDr. **Sokol Jan**, CSc., PhD., je známý filozof, pedagog, spisovatel a politik, autor řady publikací, překladatel filozofických děl, nositel řady ocenění, člen PEN klubu a první děkan Fakulty humanitních studií Univerzity Karlovy, na které nadále působí. Fakulta humanitních studií [online]. [cit 2017-09-02]. Dostupné z: <https://fhs.cuni.cz/FHS-1554.html>.

Thorwald Jürgen (1915–2006), vlastním jménem Heinz Bongartz, byl původem německý spisovatel, novinář a historik žijící ve Švýcarsku, který mj. popularizoval medicínu. Jeho kniha *Die Pateinten* vyšla v originále v roce 1971 (přel. do slovenského jazyka v r. 1975, pod názvem Pacienti) obsahuje detailně zpracované životní příběhy pacientů, kteří podstoupili jako první operace srdce, dialýzu, transplantaci ledviny, srdce a jater).

prof. JUDr. **Tomeš Igor**, CSc. přední český sociální politik, který se podílel jako poradce na koncipování sociální politiky a budování katedry sociální práce na univerzitě v Tiraně v Albánii, podobně působil v oblasti rozvoje sociální práce v dalších postkomunistických zemích. Je autorem řady publikací a působil též jako pedagog. Za své aktivity v oblasti rozvoje sociální politiky získal několik významných státních vyznamenání (Tomeš, 2001).

prof. MUDr. **Válek Albert**, DrSc., člen výboru ERA-EDTA, prezident kongresu ERA-EDTA v r. 1980 v Praze, jeden ze zakladatelů československé nefrologie se zasloužil o její rozvoj. Autor řady publikací, zakladatel pokrokového výzkumného a školicího hemodialyzačního pracoviště v Praze na Strahově, rozvíjel samoobslužnou péči a domácí hemodialýzu (Matoušovic, Rychlík, Dusilová Sulková, 2009).

Seznam zkratek

ČLS JEP	Československá lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČNS	Česká nefrologická společnost
ČSAV	Československá akademie věd
DRG	<i>Diagnosis Related Groups</i>
EDTA	<i>European Dialysis and Transplant Association</i>
EDTNA/ERCA	Evropská asociace dialyzačních a transplantčních sester
ERA-EDTA	<i>European Renal Association / European Dialysis and Transplant Association</i>
EU	Evropská unie
FN	Fakultní nemocnice
HDF	hemodiafiltrace
HDP	hrubý domácí produkt
HDS	hemodialyzační středisko
HDsy	hradecký simultánní dialyzační systém
HF	hemofiltrace
IDV SZP	Institut dalšího vzdělávání středních zdravotnických pracovníků
IKEM	Institut klinické a experimentální medicíny
IPA	Interpretativní fenomenologická analýza
ISN	<i>International Society of Nephrology</i>
Kč	Koruna česká
Kčs	Koruna československá
KSČ	Komunistická strana Československa
KÚNZ	Krajský ústav národního zdraví
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
N. p.	Národní podnik
NKC	Národní centrum pro ledviny
PDL	pravidelné dialyzační léčení
Společnost DaT	Společnost dialyzovaných a transplantovaných nemocných, jejich rodinných příslušníků a přátel dialýzy
SSSR	Svaz sovětských socialistických republik
TAIEX	<i>Technical Assistance Information Exchange Office</i>
TPL	transplantace ledvin
ÚCHOK	Ústav pro choroby oběhu krevního
UK	Univerzita Karlova
ÚNZ	Ústav národního zdraví
USA	Spojené státy americké
ÚV KSČ	Ústřední výbor Komunistické strany Československa
ÚVN	Ústřední vojenská nemocnice
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice
VÚZT	Výzkumný ústav zdravotnické techniky
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WEDA	<i>West European Dialysis Association</i>

Seznam obrázků a tabulek

Obrázek č. 1 Mapa pokrytí pracovišti nefrologické péče v ČR

Obrázek č. 2 Schéma základních metod náhrady funkce ledvin

Tabulka č. 1 Hierarchický přehled výsledných hlavních témat a podtémat interpretovaných z analýzy textů IPA

Seznam příloh

Příloha č. 1 Schéma indikace zahájení

Příloha č. 2 Informovaný souhlas a informace pro respondenta kvalitativního výzkumu

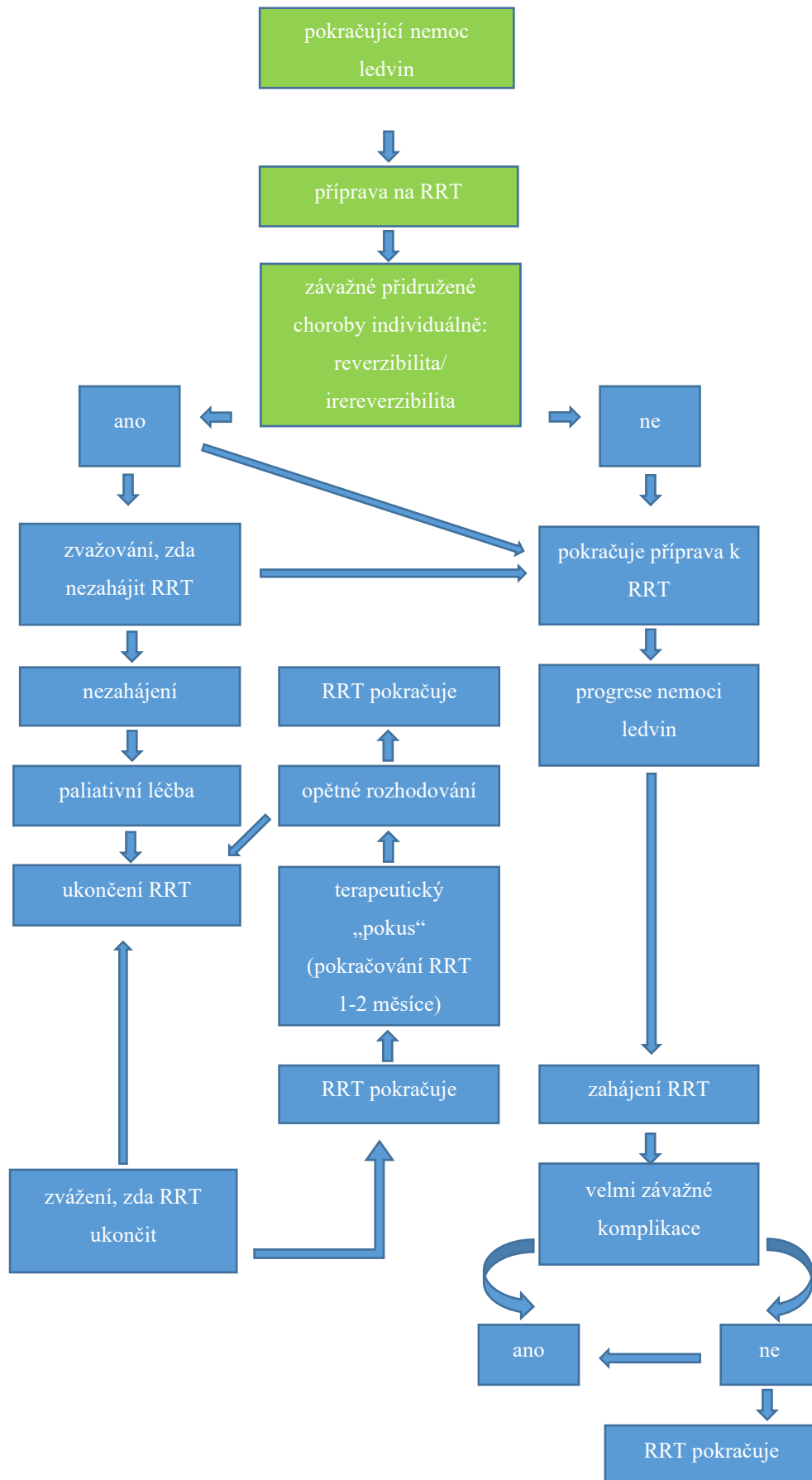
Příloha č. 3 Stanovisko Etické komise pro výzkum FHS

Příloha č. 4 Ukázka analýzy textu rozhovoru

Příloha č. 5 Četnost výskytu témat ve výpovědích respondentů

Příloha č. 1 Schéma indikace zahájení PDL

(podle Viklický, Tesař, Dusilová Sulková et al., 2010, s.109)



Příloha č. 2 Informovaný souhlas a informace pro respondenta kvalitativního výzkumu

Název výzkumu: „Etické souvislosti alokace zdrojů s ohledem na možnosti a meze pravidelného dialyzačního léčení“

Řešitel: Mgr. Martina Dingová Šliková

Kontakt na řešitele: slikomar@seznam.cz, tel. 737 039 815, Školní 233, 27301 Kam. Žehrovice

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

disertační práce s názvem „**Etické souvislosti alokace zdrojů s ohledem na možnosti a meze pravidelného dialyzačního léčení**“ prováděná řešitelem v rámci studia programu Filozofie, oboru Aplikovaná etika, pod vedením prof. PhDr. RNDr. Heleny Haškovcové, CSc., je zaměřena na detekci etických souvislostí (zejména problémů) spojených s alokací zdrojů v pravidelném dialyzačním léčení. Cílem je zmapování výše uvedené problematiky doplněné kvalitativním výzkumem. Zvolenou metodikou výzkumu jsou expertní rozhovory, zaměřené na zachycení subjektivního pohledu respondenta výzkumu na výše uvedenou problematiku.

Hovory s respondenty budou zaznamenány v plném znění na diktafon v mobilním zařízení, poté bude proveden řešitelem jejich přepis, kategorizace a následná analýza. Nahrané hovory jako celek nebudou nikde prezentovány ani šířeny, řešitel si však vyhrazuje právo použít pro výzkum relevantní části rozhovorů do disertační práce, ovšem za plné anonymizace autora nahrávky.

Vaše účast na tomto kvalitativním výzkumu je zcela dobrovolná, a to po celou dobu jeho trvání, můžete ji odmítnout nebo můžete od účasti ve výzkumu kdykoliv odstoupit, a to bez udání důvodu a bez jakýchkoliv finančních, právních či jiných následků.

Záznamy, podle nichž lze identifikovat respondenta výzkumu, budou uschovány jako důvěrné a nebudou, v míře zaručené právními předpisy, veřejně zpřístupněny. Budou-li výsledky výzkumu publikovány, totožnost respondenta nebude žádným způsobem zveřejněna. Vyskytne-li se informace, která by mohla mít vliv na rozhodnutí respondenta, zda pokračovat v účasti ve výzkumu nebo ne, bude účastník o této skutečnosti včas informován. Další informace týkající se tohoto výzkumu lze získat u výše zmíněné řešitelky.

Prohlašuji a svým podpisem stvrzuji, že jsem se seznámil/a a porozuměl/a všemu výše uvedenému a souhlasím s účastí ve výzkumu.

Jméno respondenta:

Odpovědný řešitel: Mgr. Martina Dingová Šliková

Podpis respondenta:

Podpis odpovědného řešitele:

Datum:

Datum:

Příloha č. 3 Stanovisko Etické komise pro výzkum FHS

Č.j.: UKFHS/447317/2020
Číslo stanoviska: 062020/Wil

**Stanovisko Komise pro etiku výzkumu Fakulty humanitních studií
Univerzity Karlovy k výzkumnému projektu:**

„Etické souvislosti alokace zdrojů s ohledem na možnosti a meze pravidelného
dialyzačního léčení“

Hlavní řešitelka: Mgr. Martina Dingová Šlíková
Obor / pracoviště: Aplikovaná etika / Pracoviště doktorských studií

Projekt byl posouzen členy a členkami Komise pro etiku ve výzkumu FHS UK per rollam ke
dni 23. 11. 2020.

Závěr: Komise pro etiku ve výzkumu FHS vyjadřuje souhlas s realizací výzkumu

Datum: 23. 11. 2020
Místo: Praha

doc. PhDr. Iva Poláčková Šolcová, Ph.D.
Předsedkyně Komise pro etiku ve výzkumu FHS UK

Vyřizuje a za administraci odpovídá: Mgr. Renata Wilflingová, Oddělení pro vědu a výzkum FHS UK
renata.wilflingova@fhs.cuni.cz, tel.: 224 271 428

Příloha č. 4 Ukázka analýzy textu rozhovoru

První abstraktnější pojmy	Transkribovaný text	Podtémata
Pojišťovna rozděluje peníze	Dejme tomu, já začnu od úrovně pojišťovny, protože ta pojišťovna má, dejme tomu, nějaké peníze, ty uvolní.	Úhrady zdravotní péče
Nedůvěra v přidělování peněz pojišťovnou	Nejsem si úplně jistá, že to, na co je uvolní, úplně vždycky čistě, čistě z pohledu na zodpovědnost za zdraví lidí. A že se chová, někdy, podle mého názoru platí za úplně nesmyslné věci, a pak klidně nechá vybírat sbírky.	
Neexistence kontroly pojišťoven	A není nikdo, kdo by tam z jejich vnitřních auditů nebo na výzvu jich samotných jim šel zkontrolovat, jestli tam nemaj třeba někde ty zbytečný výdaje několika naprosto úplně evidentně špatných.	Kontrolní mechanismy
Stanovení pravidel pro nefrologii, PDL	No a ta teda nějakým způsobem platí pro nefrologii. Nefrologie není jenom dialýza, ale je to jenom součást tý nefrologie.	Systémová pravidla
Hezký osobní vztah k dialýze	A já po těch velké zkušenostech, který mám, samozřejmě dialýza je prostě nádhernej obor a všechno, není to žádná placatá medicína, jak někdo občas řekne,. K tomu dojdu.	Vztah k oboru
Nedůvěra v přidělování peněz pojišťovnou	A teďkon ta pojišťovna. Ta pojišťovna tedy platí a otázka je za co. To je podle mě druhý, druhý bod, kde by nějaká etika měla své umístění	Úhrady zdravotní péče
Neexistence kontroly pojišťoven	Rozhodně není uveřejňovaná, rozhodně se pojišťovna nezpovídá, rozhodně se nedává veřejné obhajobě a veřejným nástrojům.	Kontrolní mechanismy
Nedůvěra v přidělování peněz pojišťovnou	Zdali ta rovnost nebo to cílový těch plateb je správně. A platí, dobře (!). Platí opět další rovina, která má _, a to sice platí, a jak (!). Někomu platí za body, a tam si udělaj nějaký koeficienty, takže někdo má ty body za víc a někdo stejnej počet za míň, protože koeficienty jsou tam tiše vložené.	Úhrady zdravotní péče

Příloha č. 5 Četnost výskytu témat ve výpovědích respondentů

Náhled na makroúroveň alokačního rozhodování	R 1	R 2	R 3	R 4	R5	R6
Úhrady zdravotní péče	•	•	•	•	•	•
Systemová pravidla	•	•	•	•	•	•
Kontrolní mechanismy	•	•	•	•	•	•
Bonifikační programy	•	•	•	•	•	•
Soukromé vlastnictví HDS	•	•	•	•	•	•

Vnímání rizik	R 1	R 2	R 3	R 4	R5	R6
Rizika týkající se nefrologů	•	•	•	•	•	•
Ohrožení pacientů	•	•	•	•	•	•
Nedostatečná kontinuita péče	•	X	•	•	•	•
Non-compliance pacientů	X	•	•	X	•	•

Strategie zvládnutí	R 1	R 2	R 3	R 4	R5	R6
Naše úspěchy	•	•	•	•	•	•
Opozice	•	•	•	•	X	X
Neřešení	•	•	X	•	•	X

Osobní vztahy	R 1	R 2	R 3	R 4	R5	R6
Pocity vůči kolegům lékařům	•	•	•	•	•	X
Role „dialyzačních“ sester	•	•	•	•	X	•
Vztah k oboru	•	•	X	•	•	X
Vztah k pacientům	•	•	X	•	•	•
Postoje k zaměstnavateli	•	•	X	X	•	•