

Posudek na disertační práci

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

Mgr. Martina Dingová Šliková

Univerzita Karlova v Praze, Fakulta humanitních studií

Studijní program: Filosofie

Doktorský obor: Aplikovaná etika

Název disertační práce: Etické souvislosti alokace zdrojů s ohledem na možnosti a meze pravidelného dialyzačního léčení

Autorka práce: Mgr. Martina Dingová Šliková

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

Oponentský posudek vypracoval: prof. MUDr. Jozef Rosina, Ph.D., MBA

Předkládám svůj oponentský posudek na disertační práci Mgr. Martiny Dingové Šlikové pod názvem „Etické souvislosti alokace zdrojů s ohledem na možnosti a meze pravidelného dialyzačního léčení“.

Disertační práce je velice obsáhlá, je napsaná na 234 stranách, obsahuje 197 citovaných zdrojů, včetně autorčiny učebnice, kromě toho je citováno 15 zdrojů z české legislativy. Disertační práce obsahuje také přehled významných osobností, které mají vztah k popisované problematice.

Členění práce je standardní, po „Úvodu“ následuje kapitola věnovaná „Alokaci zdrojů v medicíně – problém praktický i etický“. Další kapitola je věnována „Uvedení do problematiky náhrady funkce ledvin“ a dále pak následuje kapitola „Medicínská a etická úskalí začátku dialyzačního léčení“. V další kapitole je popsáno „Pravidelné dialyzační léčení – alokace zdrojů a etické souvislosti“. Poslední teoretickou kapitolou je „Pravidelné dialyzační léčení v letech 1989-2020. Sedmou kapitolou je „Kvalitativní výzkum“ včetně diskuse a následuje kapitola „Závěr“.

Již obsáhlý „**Úvod**“ jasně ukazuje směřování celé disertační práce. Tím je otázka, jak by bylo možné zachránit nemocné trpící renálním selháním, na druhou stranu (zejména

v počátcích) i řešení etických otázek (diskrepance mezi rostoucím množstvím pacientů a počtem dialyzačních lůžek). V současné době nastává problém týkající se alokačního rozhodování, zejména z důvodu, že pravidelné dialyzační léčení stále zůstává ekonomicky nákladným typem terapie. Vzhledem k tomu, že Mgr. Dingová Šliková má z práce na hemodialyzačním středisku profesní osobní zkušenost, považují výběr tématu za velice vhodný. Hlavním cílem byl podle autorky popis a porozumění těm etickým problémům, které vznikají v souvislosti s alokací zdrojů v pravidelném dialyzačním léčení. K dosažení tohoto cíle využila kombinace dvou základních přístupů, a to studia dostupné literatury a kvalitativního výzkumu.

40 stran je věnováno kapitole „**Alokace zdrojů v medicíně problém praktický i etický**“. Autorka čtivě předkládá čitateli neustálý rozpor mezi obrovským pokrokem medicíny, úrovní poznání, technologickým rozvojem (zlepšení zdravotního stavu, delší délka života apod.) na straně jedné a na straně druhé některé stinné stránky a problémy, a to včetně etických. Za jednu z hlavních příčin přibývání etických problémů považuje samotnou vědeckou podstatu současné medicíny. Velkou roli v uvedené problematice podle ní 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 zdravotnictví. Neproměnila se však jen medicína a její poskytovatelé, změnili se i samotní pacienti. V ekonomicky rozvinutých státech dnes nenajdeme člověka, který by se během svého života s některou ze součástí systému zdravotnictví nesetkal.

V této části vstupuje v disertační práci autorky „na scénu“ pojem, o kterém uvádí, že je zatím neřešitelný, a to pojem enormní ekonomické zátěže pro společnost. Mezi stěžejní zdroje zařazuje zdroje hmotné a lidské, dále pak technologické, geografické i časové apod. Před čitatelem je postavena otázka.... kdo to všechno zaplatí? Velká část této části disertační práce se věnuje právě tomuto problému.

Velice oceňuji část věnovanou historickým a etickým souvislostem etablování stěžejních zdrojů. Mgr. Dingová Šliková věnovala v této části značné úsilí historickému exkurzu, které je vhodným nástrojem pro pochopení souvislostí, které v oblasti alokace zdrojů ovlivnily situaci pravidelného dialyzačního léčení a zapříčinily vznik specifických etických problémů.

V další části této kapitoly se věnuje Mgr. Dingová Šliková pojmu „**Institucionalizace medicíny**“ a jejím kladům, záporům a etickým konsekvencím. Autorka disertační práce jasně uvádí, že koncem 19. století a začátkem 20. století se alokace potřebných zdrojů přenesla více na politickou úroveň. Později se ukázalo, že je nutné zdravotnické systémy v mnohých zemích transformovat, zejména proto, že ve většině zemí postupně začaly výdaje na zdravotnictví předhánět ekonomický růst zemí. Část této kapitoly se věnuje i popisu jednotlivých zdravotnických systémů a jejich porovnání.

Při rozvoji dialýzy hrála roli kromě výše popsané institucionalizace medicíny i **lékařská etika**. Mgr. Dingová Šliková popisuje postupné kroky a vznik důležitých dokumentů, obsahujících etická pravidla, která se stala podkladem pro právní úpravy. Mezi mnohými uvádí

např. Norimberský kodex, Ženevský slib lékařů, Směrnici pro případ ozbrojeného střetnutí apod.

V podkapitole 2.2 autorka popisuje zdravotnické systémy na našem území a alokaci zdrojů v dialyzační léčbě. Chci vyzvednout rozsah bibliografického sledování této problematiky a ocenit, že autorka se věnovala i otázce financování, nákladovosti – přímým a ostatním nákladům. Ekonomické vyjádření dává možnost čitateli udělat si obrázek o nákladnosti dialyzační léčby.

Třetí kapitola se věnuje **problematice náhrady funkce ledvin**. Na začátku kapitoly uvádí, že chronické selhání ledvin v terminální fázi je charakterizováno souborem závažných příznaků (nazývaných také souhrnně uremický syndrom). Pro tento syndrom je typický posun laboratorních hodnot a vznikají v různé míře vyjádřené klinické příznaky. Neléčený stav končí metabolickým rozvratem a smrtí pacienta. Pro záchranu života takových pacientů jsou užívány, spolu s konzervativní terapií, léčebné metody nazývané souhrnně „náhrada funkce ledvin“. V disertační práci písemný popis vhodně doplňuje schématickým zobrazením způsobů náhrady funkce ledvin. V další části popisuje přípravu a indikace, které vedou k identifikaci pacienta, vhodného k léčbě metodami náhrady funkce ledvin. Z kapitoly jako celku je zřejmé, že Mgr. Šliková Dingová má nejenom teoretické znalosti, ale i praktické zkušenosti z oblasti léčby takových pacientů. Detailně popisuje různé způsoby léčby, popisuje, že volba vhodné metody je velice individuální. Každá metoda má své výhody a nevýhody, které je třeba pečlivě uvážit jak ze strany lékaře, tak i z hlediska pacienta. Píše, že 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. V další části této kapitoly se vrací k otázce psychické stránky a kvalitě života pacientů. Uvádí, že adaptace na náročnou životní situaci závisí nejen na vnitřních dispozicích pacienta, ale i na mnoha vnějších okolnostech. Z otázky etiky je za jeden z významných problémů považováno nedostatečné informování o prognóze pacienta s chronickým selháním ledvin, přestože je prokázáno, že očekávaná prognóza hraje v rozhodovacím procesu výběru metody klíčovou roli. Autorka se správně domnívá, že 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. Vzhledem k tomu, že jsem v minulém akademickém roce vedl diplomovou práci, věnovanou transplantaci ledviny, oceňuji tuto kapitolu jako součást celkového obrazu sledované problematiky.

Medicínskému a etickému úskalí začátku dialyzačního léčení je věnována čtvrtá kapitola. V úvodu je uvedeno, že historii dialyzačního léčení 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. 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. V kapitole uvádí celou historii, ve které hledali lékaři spolehlivou metodu, která by dokázala odvrátit fakt nevyhnutelné smrti pacientů se selháním ledvin. Oceňuji v této kapitole výbornou práci s literárními zdroji, čtivost předloženého materiálu a i to, že autorka věnovala skutečně dostatečný prostor části, věnované začátkům hemodialýzy v Československu až po současnost. Prostor je věnován i tzv. etickým problémům, jakými je rozpor mezi tzv. ideální a reálnou (dostupnou) medicínou. Pod pojem ideální medicína autorka podle literárních údajů 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. V další části uvádí, že rozpor vzniká paradoxně i tam, kde je ekonomická situace státu dobrá, odborníků je dost a stejně tak je dostačující síť zdravotnických zařízení. Píše, že důvodů je několik a někdy se i vzájemně kombinují. 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. V disertační práci 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 nazývá syndromem statusu.

Kapitola 5 se věnuje otázkám alokace zdrojů a etickým souvislostem při pravidelném dialyzačním léčení. V úvodu Mgr. Dingová Šliková uvádí, že 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. Zásadní medicínskou komplikací pro chronické nemocné představoval opakovaně použitelný cévní vstup, kterým by byla zajištěna možnost napojování cévního systému pacientů na přístroj. I v této části disertační práce mě velice oslovila výborná práce autorky s citovanou literaturou a dobrá čtivost textu. Autorka samostatně vyděluje kapitolu věnovanou zahájení pravidelného dialyzačního léčení v Československu, kromě jiného uvádí, že důležitou součástí československých hemodialyzačních pracovišť se stala odborná příprava nefrologů. Od první poloviny 60. let 20. století tak byla organizována Ústavem pro doškolování lékařů postgraduální výuka nefrologie. Kriticky se věnuje některým aspektům počátku pravidelného léčení, kde uvádí v souladu s citovanou literaturou, že vzhledem ke stavu tehdejší techniky (popisovaného období) s 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 B a dalších nakažlivých chorob, a to jak u pacientů, tak i u členů ošetřovatelského týmu. V průběhu dalších let docházelo k vylepšování techniky a dalším postupům v léčbě. V oblasti techniky se vývojáři zaměřili na zvýšení účinnosti dialýzy a omezení výskytu četných komplikací. Oceňuji, že do své disertační práce vložila autorka i část, věnovanou práci sester pracujících na dialýze. Jak uvádí, že „minulých dobách“ měly sestry práci daleko obtížnější, než je tomu dnes, a navíc neměly k dispozici odbornou literaturu. 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 a bylo zajištěno vzdělávání pro sestry. Jen krátce se zmíním ve svém posudku o kapitole, věnované začátkům dětské hemodialýzy. Autorka uvádí, že děti nebyly přístrojovou hemodialýzou léčeny do 80. let 20. století. Jedinou výjimkou byly děti s akutním poškozením ledvin, které příležitostně podstupovaly pouze peritoneální dialýzu. V další části popisuje, že I. dětská klinika v Praze byla jedním z prvních evropských pracovišť, kde metodu začali lékaři používat i u malých dětí (kojenců i batolat). Ruku v ruce s rozšiřováním péče šly i snahy o zvyšování kvality života pacientů. Všechny snahy přinášely 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. S velkým zájmem jsem četl část páté kapitoly, věnované „matematice milosrdenství v kontextu distributivní spravedlnosti“. Jednou z nejobtížnějších otázek klinické praxe, která doprovází nakládání s nedostatkovými zdroji, je otázka, koho z potřebných přijmout a koho odmítnout. I v současné pandemické době, je v mnohých krajinách jistě toto téma často „skloňované“, zejména, pokud je otázka navíc ztížená faktem, že se jednalo (v případě dialýzy), nebo jedná (v případě umělé plicní ventilace) o rozhodnutí mezi životem či smrtí. Autorka používá pro tyto případy pojem „sociální eutanazie“, převzatý z učebnice prof. Haškovcové (Lékařská etika). Mgr. Dingová Šliková v této části pracuje s velkým počtem literárních zdrojů a hledá odpovědi na sledovanou problematiku. Zaujala mě také úvaha, 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. V této souvislosti se uvádí, že ten, kdo za rozhodnutí odpovídá, často trpí pocity viny anebo projevy nespokojenosti od těch, jimž nebylo možné vyhovět. 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.

Šestá kapitola se věnuje pravidelnému dialyzačnímu léčení v posledních třiceti letech až do současnosti. Autorka předkládá fakta, že 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, které autorka následně diskutuje. Příčin vzniku novodobých etických problémů je podle jejího mínění 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. V posledních dvou desetiletích se typickým pacientem stal pacient nad 60 let věku. 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, což s sebou přineslo řadu nových otázek a potíží. V této části Mgr. Dingová Šliková přistupuje i s vlastní „historickou“ zkušeností, kdy někteří z jejich 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. Snahou dialyzačního týmu tedy bylo pacienta přesvědčit, aby léčbu 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). Pacienti byli zásahy úřední moci v podstatě donucováni opakovaně dialýzu podstupovat a všichni zúčastnění tyto náročné situace prožívali s velice negativními pocity.

Kvalitativní výzkum je popsán v sedmé kapitole. Autorka disertační práce uvádí, že za výhodu kvalitativního výzkumu lze 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). V další části správně uvažuje o tom, jak zvolit „terén“ výzkumu a výzkumný vzorek. Nejvýznamnějším argumentem pro výběr vzorku se 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 profesní zkušenosti Mgr. Dingové Šlikové), zejména lékaři se ocitají před eticky dilematickými rozhodnutími, která z problematického přidělování zdrojů mohou vznikat. Velice oceňuji, že autorka disertační práce přistupuje pečlivě k výběru konkrétní metodologie a uvádí, že výhodou expertního typu dotazování je poznání z výlučné oblasti znalostí, která je spojena s potenciální možností lépe definovat situaci. Expertní rozhovor zvolila i proto, že jej lze využít právě v situacích, ve kterých je obtížné nebo nemožné získat přístup k určité sociální oblasti. K naplnění cíle kvalitativního

výzkumu 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. Je dobré, že autorka současně uvádí, že jsou i určitá rizika, 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 účely disertační práce je vícero autorů doporučeno oslovit 4-10 vybraných respondentů. Všeobecně by za respondenta by měl být vybrán expert, za kterého je považován ten, kdo má rozsáhlé teoretické a praktické znalosti v daném oboru. Autorka práce uvádí kritéria pro výběr a počty primárně oslovených respondentů. Z 11 oslovených výsledný vzorek obsahoval šest osob. Rozhovory probíhaly více než rok a byly provedeny přímo na jednotlivých hemodialyzačních pracovištích. Rozhovory trvaly průměrně 90 minut. Pro samotný rozhovor zvolila autorka obecně doporučovaný postup užívaný v kvalitativních výzkumech. Zevrubně je popsána část, věnovaná problematice analýzy dat a výsledné interpretaci dat. Součástí je doslovný přepis odpovědí jednotlivých respondentů, a to včetně často hovorové češtiny. Vzhledem k citovaným odpovědím je tento text rozsáhlý. Jako vhodné se ukázalo vložit do textu závěrečnou diskusi nad zjištěnými etickými problémy. Autorka v tomto textu uvádí, že 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 zvládnutí a Osobní vztahy. Uvedená témata zahrnují celkem 16 podtémat. Za klíčové ve zkušenosti respondentů považuje 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, spojuje s řadou negativních pocitů (např. pocity křivdy, obav, nespokojenosti, rozčarování apod.), které se následně váží i k mikroúrovni přidělování zdrojů, tedy ke klinické 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 středisek, 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. 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 hemodialyzačním středisku je poměrně štedře bodově ohodnocena, výrazné finanční limity platí pro domácí dialýzu, a není také dostatečně podporována konzervativní, event. paliativní léčba. Z výsledků výzkumu také vyplynulo, že 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.

Zajímavá zjištění přineslo i rozsáhlé podtéma zahrnující vnímání rizik, která ohrožují samotné nefrology. Respondenti opakovaně popisovali nedostatečný počet nefrologů působících v praxi, který má podle nich různé příčiny a současně i přímou souvislost se způsobem systémového přidělování finančních zdrojů. V paušálním typu úhrad se nefrologové cítí 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.

Důležitou součástí tématu Vnímání rizik je respondenty popisované reálné ohrožení pacientů v pravidelném dialyzačním léčení, vyplývající z problematického přidělování zdrojů. Z výsledků 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.

Jako poměrně významné se ukázalo i téma spojené s fenoménem spolupráce pacientů se zdravotníky. Jejich non-compliance způsobená podle respondentů různými příčinami (např. psychickými problémy, nedůvěrou v lékaře, odmítáním převzetí části odpovědnosti za léčbu na sebe apod.) ve svém důsledku může navyšovat počty výkonů hemodialýzy.

Posledním tématem, které autorka 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 tvořily 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 největší možný prospěch s důrazem na individuální přístup ke každému nemocnému.

Poslední částí této rozsáhlé disertační práce je Závěr, ve kterém autorka krátce shrnuje informace, uvedené v samotné práci a na konci uvádí důvody k napsání disertace, shrnuje odpovědi respondentů a uvádí, že disertační práce přinesla zajímavá zjištění a nastínila určitá rizika etického charakteru.

Můj závěr:

Důkladně jsem přečetl celou disertační práci Mgr. Martiny Dingové Šlikové. Musím konstatovat, že tak dlouhou disertační práci jsem nikdy nečetl a ani tak dlouhý posudek jsem

nikdy nenapsal. Dle mého názoru se jedná o dílo mimořádně zdařilé, za které je nutné pochválit kromě autorky i vedoucí práce a ostatní, kteří mají na práci svůj podíl. Autorka se chopila problematiky s jasně zřejmým zaujetím, podpořeným osobní zkušeností. Byl jsem velice překvapen čtivostí posuzovaného textu. Autorka pracovala s velkým počtem literárních zdrojů, které velice vhodně zakomponovala do textu (proto je ten text tak čtivý), práci na tomto poli věnovala ohromné úsilí. Oceňuji i její češtinu, práce je prakticky bez chyb, jazyk je kultivovaný. Podle mě práce ukazuje na vyspělost autorky a ukazuje, že Mgr. Dingová Šliková pracovala vědecky na rozhraní medicíny, etiky a filosofie. Je orientovaná i v ekonomických pojmech a logicky postupovala i při výběru vhodné metody kvalitativního výzkumu. K práci nemám žádné připomínky, myslím si, že by bylo škodou nevyužít její potenciál, např. publikační nebo edukační. Na závěr konstatuje, že cíle práce autorka naplnila mírou vrchovatou.

Vzhledem k výše uvedenému doporučuji, aby tato práce byla přijata k obhajobě a na základě úspěšné obhajoby před oborovou komisí **doporučuji udělit Mgr. Martině Dingové Šlikové akademický titul doktor (Ph.D.) za jménem, dle § 47 Zákona o vysokých školách č. 111/1998 Sb.**

Otázka oponenta:

Na základě výsledků kvalitativního výzkumu popište, jak by měl vypadat optimální stav, aby všichni respondenti kvalitativního výzkumu byli s Vaším řešením spokojeni.

Prof. MUDr. Jozef Rosina, PhD., MBA

Kladno 18.03.2021