



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Obor: Bioetika

MUDr. IRENA PIPKOVÁ

**Etika vztahu lékař–pacient
ve stomatologii**

**Ethics of doctor–patient relationship
in dentistry**

Dizertační práce

Školitel: Prof. PhDr. Miloslav Bednář, CSc.

Praha 2013

Je mojí milou povinností na tomto místě poděkovat mému školiteli prof. PhDr. M. Bednářovi, CSc. a Doc. MUDr. PhDr. Paynovi, PhD, za odborné vedení, cenné rady a trpělivost během mého postgraduálního studia.

Můj upřímný dík patří rovněž paní prof. MUDr. J. Duškové, DrSc., přednostce ÚKES , která mně v současné době podporovala v ukončení studia.

Z celého srdce bych chtěla za pomoc a pochopení poděkovat svoji rodině.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze

MUDr. IRENA PIPKOVÁ

Identifikační záznam:

Pipková, Irena. Etika vztahu lékař-pacient ve stomatologii.

[Ethics of doctor - patient relationship in dentistry], Praha 2013, 124 s.

Disertační práce.. Universita Karlova v Praze 1, 1. lékařská fakulta,

ÚHSL 1. LF UK v Praze. Školitel: prof. PhDr. Miloslav Bednář, CSc.

Téze:

V oboru stomatologie by měli mít pacienti s vážnými celkovými onemocněními odlišnou hierarchii hodnot než běžná populace.

Abstrakt

Práce zahrnuje porovnání etických hodnot u běžné populace bez závažnějšího poškození celkového zdraví a u nemocných s celkovým onemocněním ,kde je zřejmé , že žebříček hodnot těchto dvou skupin je odlišný.

Ze zkoumání vyplynuly některé další poznatky(viz. kapitola 4 d/ a kapitola 5 práce).

Výsledky a závěry jsou ve shodě s odbornou literaturou anglosaskou (evropskou i zámořskou) a jsou založeny na vlastních zkušenostech s ošetřováním pacientů.

Žádné lékařské odvětví nemůže zcela zajistit plné zdraví pacientů. Existuje soubor hodnot zaměřených na konkrétní lékařské profese, tedy jejich hlavní hodnoty. Tyto hodnoty ustavují parametry mnoha aspektů při profesionálním rozhodování. A slouží k posuzování potřeb pacienta.

Postup léčení a přístup lékaře k pacientovi s vážným celkovým onemocněním, uvedeným v práci odpovídá hierarchii etických hodnot v Ozar-Sokolově schématu.

Návrh šesti hlavních etických hodnot se týká stomatologie a jejího přístupu k léčbě a také spravedlnosti v rozdělování a alokaci zdrojů u operovaných pacientů, ze závažných důvodů: operací na srdci, transplantací apod./ Etické hodnoty přispívají k procesu rozhodování i v případě jejich konfliktu. Ne všichni Ozar-Sokolovo schéma uznávají. Z hlediska pacientů s vážnými celkovými chorobami do uvedeného schématu zapadá, posuzování potřeb a to zejména v bodech :1,2,3,6.

Ostatní hodnoty jsou u těchto pacientů potlačeny, stojí v žebříčku hodnot níže.

Ozar-Sokol v roce 2002 stanovili hierachii hodnot takto:

1. život pacienta a jeho zdraví,
2. pacientovo orální zdraví (tzv. „správná a bezbolestná orální funkce),
3. pacientova autonomie,
4. lékařem preferované hodnoty praxe a užívaných praktik,
5. estetické hodnoty,
6. efektivita použitých prostředků a zdrojů (náklady a cena).

Je nezbytné dodat, že v žádném ohledu nechceme popřít autonomii pacienta, to by mimo jiné odporovalo i naší legislativě v České republice, avšak máme na prvním místě na mysli

největší benefit pro nemocného z hlediska zachování života. K rozhodování o léčbě a spolupráci mezi lékařem a pacientem slouží informovaná dohoda .

Pro srovnání dilemat na zubním křesle uvádím popis nejčastějších konfliktů , které řeší každodenně na zubní lékař u běžné populace.

Jaká jsou nejběžnější dilemata , řešená na zubním křesle? Nejčastější dilema, jež řeší zubní lékař je: které zuby v ústech ponechat a které extrahovat, a to v případě, že zuby již nejsou vyléčitelné a jsou potencionálním zdrojem infekce, za současných podmínek, že pacient nemá trvalé obtíže a tudíž nechce se zubů vzdát.

Další dilema v zubní praxi jsou např. alternativy ošetření, např. po odlomení hrboleku stoličky. To zahrnuje možnosti:

1/ nasadit zlatou korunku, 2/ nasadit zlatou korunku s porcelánovým povrchem, 3/ použít zlatou inlay, 4/ nahradit hrbolek dostavbou amalgamem, 5/ opravit bez náhrady-úpravou zábrusem, 6/ nahradit hrbolek dostavbou kompozitní pryskyřicí, 7/ použít porcelánovou inlay, 8/ extrahovat zub.

Obecně musí být pacient seznámen s možnostmi a alternativní léčbou, vědět kdo bude provádět léčbu a jaké budou náklady, s rozdílnými názory jiných odborníků a na možnostmi jejich léčby.

To jsou zvláštní a specifické složky informované dohody. Lékař se může rozhodnout podle profesionálního standardu a podle svého rozumného stanoviska.

Cílem stomatologického ošetření u těžce nemocných pacientů je: seznámit pacienta s pořadím etických hodnot, jež jsou stěžejní pro jeho budoucnost, ve smyslu dobra a s dobrou vyhlídkou na úspěch výkonu, aniž bychom popřeli autonomii pacienta a vnucovali mu lékařský postup. Zde by platilo pořadí

hodnot podle amerických lékařů Ozar-Sokola, kteří se touto problematikou v minulosti zabývali. Úkolem lékaře je minimalizovat riziko zubní infekce a zajistit co nejlepší vyhlídky na úspěch operačních výkonů nebo náročných procedur (vyšetřovacích- diagnostických, které jsou nutnou součástí operací nebo transplantací).

Pacienta připravit na výkon nejenom s pozitivním postojem k operaci, ne pouze s institucionálním tj. právním podpisem souhlasu k výkonům, avšak s analyzovatelným informed consent(informovanou dohodou), jež bude pacientem stanovena.

Klíčová slova: etická hodnota, profesionální rozhodování, operace na srdci a transplantace, Ozar-Sokol schéma etických hodnot, dilema ,informovaný souhlas/dohoda/.

Theses:

In dentistry the patients with severe overall illness should have a different hierarchy of ethical values than general population.

Abstract

The work involves comparing ethical values in the general population without serious damage to the general health, and in patients within overall disease where it is clear that the scale of values of the two groups are different.

From further examinations came some additional insights /see Chapter 4 d/ and chapter 5 work/.

Results and conclusions are in line with Anglo-Saxon literature/ European and overseas/ and our own experience with treating patients.

No medical industry can not fully ensure full health of patients. There is a set of values focused on specific medical professions and their own core values. These parameters set values based on many aspects of professional decision making. And those serve to assess the patients' needs.

How to treat and the doctor's own medical approach to the patient with severe overall illness corresponds to the hierarchy of ethical values in Ozar-Sokol scheme.

Proposal of six major ethical values concerning dentistry and access to treatment and justice in distribution and allocation of resources in surgical patients with variety of serious medical interventions: heart surgery, transplants, etc./ ethical values contribute to the process of decision-making in case of conflict.

Not all Ozar-Sokol scheme recognizes those. From the perspective of patients with serious diseases included in overall scheme, the need to be properly assessed is evident especially in points : 1,2,3,6.

Other values in these patients are suppressed, those are in scale of values below.

In 2002 Ozar-Sokol established the hierarchy of values as follows:

1. the patient's life and general health
2. the patient's oral health
3. the patient's autonomy
4. the dentist's preferred patterns of practice
5. aesthetic values

6. efficiency in the use of resources /cost and price/

It is necessary to add that we do not any way deny the autonomy of the patient, it would, among others, run counter productive to our legislative decisions in the Czech Republic.

Our first priority is the health benefit of the patient in terms of his survival. The decisions involving treatment and cooperation between doctor and his patient is served by the informed agreement.

For comparison, dilemmas developed on dental chair as a description of the most common conflicts a dentist has to solve on a daily basis when dealing with the general population.

What are the most dilemmas, solutions from the dental chair? Most common dilemma to be solved by dentists is: which teeth to keep in the mouth and which to extract, and if the teeth are no longer treatable and are a potential source of infection, under current condition, the patient has persist difficulties and therefore does not wish to have teeth extracted.

Another dilemma in dental practice as an alternative treatment, such as a fracture of the cusp of molar. This includes options: 1. use a golden crown, 2. use golden crown with a porcelain surface, 3. use gold inlay, 4. substitute the cusp by amalgam 5. repair without compensation-make only a adjustment by diamond burn, 6. rebuilt the cusp by a composite resin, 7. use porcelain inlay, 8. extract the tooth.

Generally, the patient must be informed about possibilities of alternative therapy, know who will perform the treatment and what are the costs involved, with differing opinions of other experts and their treatment options.

It is bizarre and specific components of informed consent. Your doctor may decide in accordance with professional standards and with their reasonable opinion.

The aim of dental treatment in severely ill patients is to familiarize the patient with the order of ethical values which are essential for its future, within the meaning of well being and the prospect of success of such performance. Without denying the patient's autonomy by forcing on him medical practice of our choosing. Here the true order of magnitude by American doctors Ozar-Sokol will apply, as they have dealt with these issues in the past. The task of the physician is minimize the risk of dental infection and ensure the best chances for success in surgeries or intensive procedures (i.e. diagnostic examinations which are a necessary part of any surgery or transplantation).

The patient is then prepared for his procedure not only with a positive attitude to said surgery, but with properly analyzed Informed Consent (informed agreement) dictated by the patient.

Key words: ethical value, professional decision, heart surgery, transplants, OZAR-Sokol schema of ethical values, dilemmas, informed consent.

OBSAH

ABSTRAKT	5
OBSAH	11
1. ÚVOD	12
1.1 VÝVOJ ZUBNÍHO LÉČITELSTVÍ A POSTUPNÝ NÁSTUP ETICKÝCH ASPEKTŮ DO OBORU	12
1.2 FOKÁLNÍ ODONTOGENNÍ INFEKCE	19
1.3 TÉZE A CÍL PRÁCE.....	23
2. VZTAH LÉKAŘ–PACIENT	24
2.1 STOMATOFÓBIE	26
3. INFORMOVANÁ DOHODA (INFORMED CONSENT).....	31
4. FOKÁLNÍ ODONTOGENNÍ INFEKCE = FOI	40
4.1 OTÁZKY SPOJENÉ SE SANACÍ CHRUPU VE STOMATOLOGII U PACIENTŮ S KARDIOVASKULÁRNÍM ČI JINÝM ZÁVAŽNÝM ONEMOCNĚNÍM A U TRANSPLANTOVANÝCH PACIENTŮ	40
4.1a Zdroje infekce	40
4.1b Úkol stomatologa	40
4.1c Problematika transplantací	41
4.1d Těžiště hodnot v dentální praxi	45
4.2 DŮSLEDKY V PRAXI.....	52
5. SPRÁVEDLNOST VE ZDRAVOTNICTVÍ Z ETICKÉHO POHLEDU, ALOKACE ZDROJŮ A HIERARCHIE HODNOT VE STOMATOLOGII ..	59
5.1 TEORIE SPRÁVEDLNOSTI.....	61
5.2 ROVNÁ PŘÍLEŽITOST (FAIR OPPORTUNITY)	65
5.3 ROZSAH PRÁVA NA ZDRAVOTNÍ PÉČI.....	67
5.4 ALOKACE ZDROJŮ ZDRAVOTNÍ PÉČE	69
6. SHRNUTÍ.....	106
6.1 PŘÍČINY A NÁSLEDKY.....	109
7. ZÁVĚR.....	110
7.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	110
8. KOMENTOVANÉ PŘÍLOHY	114
8.1 ÚMLUVA O LIDSKÝCH PRÁVECH A BIOMEDICÍNĚ (PODEPSÁNA 4. 4. 1997, PLATÍ V ČR OD 1. 10. 2001).....	114
8.2 OCHRANA OSOB NESCHOPNÝCH DÁT SOUHLAS	116

1. ÚVOD

1.1 Vývoj zubního lékařství a postupný nástup etických aspektů do oboru

Zubní infekce hraje velmi důležitou roli ve stomatologii a její léčba je jednou z podstatných součástí oboru, kromě traumatologie, vývojových poruch a nádorových onemocnění úst a obličeje.

Úvodem nelze opomenouti dějiny vývoje stomatologie . Zajímavé jsou některé první zmínky o dentální infekci. První zmínky o infekci, pocházející ze zubního původu, nalezneme v četných historických zdrojích , jednak např. v publikaci : *Dějiny zubní medicíny* Přemysla Paichla, interního lékaře, který klade dotaz:

Kde začíná historie?

Musíme si položit otázku, od kdy máme vůbec možnost sledovat historii zubního lékařství? ¹ Obecně řečeno lékařství se rozvíjelo velmi nerovnoměrně v čase a místě. Určitá místní úroveň civilizace mu dávala náplň. Civilizace není dána nějakou jednou kvalitou lidské společnosti, která je vázaná na časový kalendář jejího vývoje. Civilizace se nevytváří skokem, ale jako vývojový souhrn harmonie náboženských, ekonomických, politických a zejména kulturních jevů v určitém geografickém prostoru. Parafrázujeme aforismus německého psychologa Ebbinghause: „...že stomatologie má nesmírně dlouhou minulost, ale pouze krátké dějiny“. ²

¹/PAICHL, P.:*Dějiny zubní medicíny*.Nuga,nakladatelství a vydavatel.,Praha,2000,s. 19.

² /tamtéž,s. 19.

Jako věda se zubní lékařství vyvíjelo i v rámci biologických věd pomalu. Jednotlivé podobory stomatologie mají své odlišné dějiny.

Stomatologie jako věda vznikla teprve v 19. století. Do té doby je vhodné mluvit o zubním léčení. „...teprve od 2. tisíciletí př. Kr. máme šanci najít u nejstarších civilizací něco málo o zubním léčení, limitujícím faktorem je V 6.–7. století př. Kr. z mezopotámského písma vzešla písma arabská. Už asi v 9. století př. Kr. se abeceda šíří po Středomoří a stává se základem většiny evropských písem. V 7. století př. Kr. Řekové vytvářejí moderní abecedu se samohláskami, z řecké abecedy se vyvíjejí dvě hlavní větve, církevní písmo staroslovanské a písmo latinské, jehož vznik zprostředkovali Etruskové. Nejdůležitější záležitostí pro formování středoevropské, tedy i naší stomatologie, bylo sledování zubního léčení a jeho vývoj u civilizací v Mezopotámii (4000 př. Kr.), v Egyptě (3500 př. Kr.), v Číně (2200 př. Kr.) a zejména středomořských – na Krétě (2000 př. Kr.), v Babylóně (1700 př. Kr.) a řecké a římské (1000 př. Kr.).

Z Indie se nám dochovalo první lékařské dílo – lékařská encyklopedie „Sbírka Sušrutova“, jejíž stáří se odhaduje rozdílně od 1000 př. Kr. až po 1000 po Kr. Jistá úroveň léčení je odhadována na 500 let př. Kr. Historie tvrdí, že Sušruta byl profesorem medicíny ve škole v Benaresu a toto dílo napsal podle někdejšího učitele medicíny Dhawantariho. Dílo má osm oddílů³

1. chirurgické operace a nástroje;
2. nemoci v místech nad klíční kostí, zejména choroby smyslových orgánů;
3. celkové nemoci, jako horečka, závratě, neurózy, krvácení, syphilis;
4. nemoci způsobené zlými duchy;
5. nemoci dětské a ženské;
6. poškození jedy a kousnutím jedovatých zvířat;
7. hygiena;
8. poruchy vztahů.

³ /tamtéž , s.33.

Stomatologie je obsažena hlavně v prvním a druhém oddílu.

Pro Indy byla ústa tělesnou vstupní branou, proto se snažili mít je co nejčistší – měli nutnost čistit zuby hned po opuštění lože.

Autor zdůrazňuje **vztah ústních onemocnění k celkovému stavu organismu, k některým důležitým orgánům**. Dále popisuje podstatné statě o klinice, diagnostice a terapii, (anatomii, patologii chrupu, zubních a parazitárních onemocnění i chirurgické výkony v oblasti úst).⁴ Jakmile se v severní Indii dostal pod nadvládu islám, r. 1100 po Kr., spolu s ním se zde prosazuje řecká medicína, která ovlivňovala stomatologii v hippokratovském duchu, stejně tak jako v Evropě.

V pozdní říši v Egyptě obohacují medicínu lékaři z okolních zemí, kteří přicházeli spolu s dobyvateli (z Nubie, Persie, Makedonie, Asýrie). Asyrská stomatologie v 7. století př. Kr. dokládá např. v dopise lékaře Arad Naná králi Assarhaddonovi /680–669 př. Kr./ nebezpečí fokální infekce nebo dentální sepse.

Středověk a novověk

Ve středověku začaly vznikat první univerzity v Evropě a fakulty se diferencovaly později. Všechna lidská činnost byla řízena Bohem nebo nebem a hvězdami, takže „nebylo nad čím bádát“.⁵ Stomatologie v té době nikam nepokročila.

Slavná byla lékařská škola v Salernu, která vznikla na jihu Apeninského poloostrova. Byla povýšena na součást univerzity, tehdy založené první světové univerzity v Neapoli v r. 1224.

Od r. 1225 lze za univerzitu považovat Bolognu (založenou již r. 1113), další byly v Montpellieru (r. 1204), v Padově (r. 1222), Coimbře (r. 1224). V Praze nebyly bohužel podmínky dobré. Až 26. 1. 1347 byla vydána zákla-

⁴ /tamtéž,s.33.

⁵ /citace tamtéž,s.115.

dající bula papeže Klementa IV., teprve potom byla vydána Karlem IV. Zlatá bula –16 .4. 1347. Avšak statusu univerzity dosáhla škola až v r. 1360. Byla dělena na čtyři národy – český, bavorský, polský a saský. První odešli z univerzity Poláci, což český národ oslabilo proti Němcům.

V té době zubní léčitelství bylo na špatné úrovni. Málo se rozvíjely řemeslné, ranlékařské znalosti i znalosti lazebníků a jejich pomocníků, z nichž se později vyvinuli „barbíři“, kteří se také starali o zuby. Na poli léčitelství se v našem oboru uplatňují šarlatáni, trhači zubů.

Teprve až na **počátku 18. století americký psychiatr Benjamin Rush** (1745–1813) formuloval **hypotézu fokální infekce**. Další lékař Willoughby Dayton Miller (1853–1907) položil v r. 1891 základy učení o fokální infekci vycházející ze zubních patologických procesů v časopise Dental Cosmos, a mimo jiné formuloval teorii vzniku zubního kazu (chemicko-parazitární). Své výsledky výzkumů uveřejnil v práci „Mikroorganismy ústní dutiny“ a v knize „O místních a všeobecných nemocech jimi vyvolaných“⁶.

Na začátku 20. století svoje názory vyjadřují i význační tehdejší velikáni stomatologie.

Fokální infekce v conservační stomatologii

Prof. Dr. Fr. Bažant

Autor uvádí: „V popředí zájmu zubních lékařů stojí zejména terapie. Hledá se odpověď na otázky: **Jak si máme počínat terapeuticky v daných případech fokální infekce odontogenní? Výhradně radikálně či s dobrým svědomím i konservativně?**“⁷ Bažant uvádí, že odpovědi si naprosto odporují.

⁶ /citace: PAICHL,P.: *Dějiny zubní medicíny,NUGA,nakladatelství a vydav.*,Praha,2000,s. 163-164.

⁷/ převzato: *Československá stomatologie /Zubní lékařství/,Praha,1937,s.553.*

„Úkol je to velmi těžký! Již při diagnose! Diagnosa fokální infekce jest často velmi těžká, ne-li nemožná. Je třeba exaktně dokázat: 1) že sekundární metastatické onemocnění záleží v infektu, 2) že existuje v těle fokus infekční primární, 3) že tento primární fokus je specifický. Ale – tento důkaz se v plném rozsahu ve všech třech bodech – nedá provést skoro nikdy. Případy fokální infekce nejsou na denním pořádku, nejsou časté, ač podle toho, co právě bylo řečeno, by mohly být. A příčina? Jest jisto, že při otázce fokální infekce má velkou důležitost na jedné straně druh a počet zárodků, lokalizace, dále jejich patogenita a virulence, ale na druhé straně záleží i na stavu místa lokalizace mikrobů a vůbec záleží na celkovém stavu napadeného organismu. **Nepřeceňovat mikroba!** Záleží na zvolené metodě ošetrovací, ale záleží i na provedení!“⁸

Autor shrnuje: „FIO existuje, existuje i nebezpečí z fokální infekce. **Extrémisté**, jimž se toto nebezpečí zdá velmi závažné, proto velmi často žádají v důsledku toho extrémně radikální terapii a stejně radikální profylaxi: podle nich stomatologové mají u případů FI všechny mrtvé zuby extrahovat a v praxi se vzdát konservačního ošetřování kořenů zubů. „*Stomatologie se nesmí stát nejdestruktivnějším odvětvím medicíny*“⁹

Na druhé straně zato „u individua chabé konstituce, tedy neodolného vůči infekci, kde tedy skutečně hrozí nebezpečí FI, metastatických onemocnění, sepse, je třeba, aby naše ošetřování bylo svrchovaně úzkostlivé a krajně zdrženlivé. U takových pacientů méně zkušeným praktikům nebude jistě zazlíván postup **radikální – kleštěmi**, jen když jich užívají včas a nikoli pozdě!“¹⁰.

„Otázka FI je otázkou, která se týká nejen stomatologů, nýbrž i všech ostatních lékařů, činných ať prakticky, ať teoreticky k rozluštění otázky, resp.

⁸ /citace:tamtéž,s. 555.

⁹ /citace:tamtéž,s. 552.

¹⁰/citace,tamtéž,s. 555.

řady otázek tu nadhozených, jest třeba soustředěné spolupráce všech, pak **výsledky spolupráce budou sahati za hranice fokální infekce samé!**¹¹

Profylaxe fokální infekce

Prof. Dr. Kostečka

Autor si klade otázku: „Kdo nese vinu na některých smutných výsledcích naší terapie?“

„Již **Purkyně** upozorňoval a doporučoval důkladné vzdělání lékařské – povznesení morálky a etiky lékařské za účelem dosažení preventivních cílů. Otázka profylaxe v zubním lékařství, pokud se týče fokální infekce, jest na první pohled velmi jednoduchá. Jest známo, že zdravý chrup, resp. zuby se živou dřením a se zdravým paradentiem, nejsou nikdy příčinou komplexu onemocnění, známých nám pode jménem F.O.I. Nebezpečí fokální dentální infekce snížíme jednak postupným odstraňováním těchto podezřelých ložisek a jednak tím, že svými terapeutickými zásahy na chrupu nebudeme tato ložiska vyvolávati.“¹²

Publikace obsahuje důležité poučení ze zařazené habilitační přednášky K.Měšťana:

„Pojmem ‚ložisková‘ nebo ‚fokální‘ infekce označujeme patologické stavy, ke kterým dochází tak, že chronické latentní anebo aspoň klinicky v pozadí stojící infekční ložisko rozsévá ve větších nebo menších intervalech krví mikroorganismy, po případě toxiny a snad i jiné alergeny, do organismu.“¹³ „Teoreticky nesmíme žádné dentální infekční ložisko považovati za neškodné, v praxi se pak snažíme vyhledati ta ložiska, která mají přímo k onemocnění

¹¹ citace,tamtéž,s. 555.

¹² /citace,tamtéž,s.435.

¹³ /citace,tamtéž,s.739.

vztah a taková ložiska zneškodňujeme. **Metodika diagnostiky a terapie tzv. ‚aktivních ložisek‘ se právě rodí.** Klademe důraz na anamnézu. Hlavně časová koincidence vzniku nebo exacerbace ohniska infekce s objevením fokálního onemocnění je důležitým vodítkem při vyhledávání příčiny. Mnohdy se však ani v případech velmi podezřelých nepodaří na žádném devitalizovaném zubu najít známky ‚aktivního ložiska‘. Je to pochopitelné proto, že projevy aktivity jsou vlastně lokální reakcí ložiska, které právě u chronických ložisek, která přicházejí v úvahu, mohou zcela chybět, aniž to má vliv na to, že se z nich rozsévá infekční materiál nebo alergeny. Přesto jsme ve většině případů při f. i. v rozpacích, které z ložisek máme označit za jejich příčinu a jaký terapeutický záměr máme volit.“¹⁴

Přibíráme na pomoc vyšetřovací metody jiné. Jsou to sedimentace erytrocytů, intrakutánní reakce, atd.

„**Vše závisí na celkové situaci nemocného** a můžeme souhrnně říci, že čím je akutnější a kritičtější, tím radikálnější musí být – bez ohledu na uchování zubu – náš záměr.“¹⁵

K osvětlení problematiky poslouží také poslední pasus, který z odborného článku z r. 1959:

„Jedna z častých okolností, kdy je stomatolog volán ke spolupráci s jinými klinickými obory, je vyšetřování na fokální infekci (FI). Od vystoupení internisty Huntera, který obvinil zubní lékaře, že svými zásahy na devitalizovaných zubech vytvářejí infekční ložiska a formuloval tak učení o FI v jeho moderním pojetí, uplynulo již půl století. Ačkoli za tuto dobu teorie FI prodělala značný vývoj od nekritického entusiasmu (Rosenow, Pässler) ke skeptickému odmítnutí (Schottmueller, Bingold), nelze dosud říci, že problém FI je jednoznačně vyřešen.“¹⁶

¹⁴ /tamtéž, citace, s. 740.

¹⁵ /tamtéž, citace s. 741.

¹⁶ /citace: BRÁZDA O.: K otázce fokální infekce, in : *Praktický lékař*, roč. 1953, č. 3, s. 125-127.

„Originálním způsobem vysvětluje vznik a působení FI teorie adaptačního syndromu (Seley). Na každé zatížení odpovídá organismus především specificky, dále pak nespecificky zvláštním stavem napětí – stresem, k jehož překonání vzniká adaptační syndrom. Stanou-li se projevy přizpůsobení neúměrné, mohou být samy o sobě chorobou. V regulaci těchto stavů mají důležitý úkol hormony, zejména kůra nadledvinek. Systémová onemocnění jsou tedy podle Seleyho vyvolána chybnou hormonální a biochemickou činností organismu.“¹⁷

Dále autor uvádí: „Doby, kdy se FI přičítalo množství nejrůznějších chorob a extrakční horečka bez rozmyslu pustošila chrupy, patří minulosti. Nyní se pokládají za nejčastější tato FI onemocnění: endo- a perikarditida, flebitida, gastritida, chronická apendicitida, cholecystopatie, kolitida, otitida, iridocyklitida, afekce rohovky, sklery, retiny a n. optiku, neuralgie, zejména trigeminu a ischiadiku, nefritida, cystitida, agranulocytosa, dermatitidy a alergické projevy různého druhu.“ Závěrem autor dodává: „**Není dosud jisté ložiskové diagnostické metody, jedinou spolehlivou terapií je extrakce.** Nemocní mají být svým ošetřujícím lékařem poučeni o významu sanace chrupu pro vyléčení své choroby. Dají se snáze stomatologem přesvědčit, že je v jejich zájmu podstoupit navrhované extrakce.“¹⁸

1.2 Fokální odontogenní infekce

Během posledního století došlo k významnému posunu v objasnění **fokální dentální infekce**, a to zejména proto, že byly shledány časté nálezy hlavně viridujících streptokoků (kromě jiných mikroorganismů) na chlopních vegetacích při onemocnění srdce endokarditidou. Přítomnost těchto streptokoků je známá a je potvrzena jako podstatný zdroj zánětlivých ložisek

¹⁷ /citace,tamtěž:s.125-127.

¹⁸ /citace,tamtěž:s.125-127.

v zubním kazu a jeho následcích a stejně tak u parodontálních chorob. Mikrobiální agens může unikat z těchto ložisek hematogenní a lymfogenní cestou a pronikat do organismu, nebo se pouze šíří do okolí. Na dutinu ústní můžeme pohlížet jako na možný rezervoár mikroorganismů pro potenciální metastatický inekt, který se může šířit do vzdálených tkání a orgánů.

Tento problém je zásadní, neboť od jeho zodpovězení se odvíjí strategie preoperační a postoperační profylaxe infekční endokarditidy nebo infekčních komplikací vaskulárního štěpu či xenotransplantátu srdce. Jednoznačný průkaz mikrobiálních nálezů dokládají autoři (Groll a spol., 1991).¹⁹ Další zdroje jsou mimo jiné splachnická oblast zažívacího traktu anebo pokožka, jak uvádějí autoři (např. Cotrufo a spol., 2001)²⁰, ale i ženský genitál a farynx. Dalšími mikroorganismy, které atakují endokard jsou, kromě viridujících streptokoků, peptostreptokoky, aktinobacilly, stafylokoky, neiserie. Jednak se nacházejí jako součást souvislého orálního mikrobiálního spektra i v pozitivních hemokulturách.

V ústech se vyskytují jako součást zubního plaku a také na sliznicích a rovněž v níže uvedených patologických ložiscích.

Jednoznačný průkaz mikrobiálního agens infekční endokarditidy nebo infekce vaskulárního štěpu či xenotransplantátu je možný jen při peroperačním nebo nekrobiotickém odběru materiálu z ložisek (např. z chlopně, ze štěpu).

Metastatické infekce jsou určitým rizikem, které ohrožuje pacienty v různých medicínských oborech: v kardiologii, v hematologii, při chemoterapii solidních nádorů. Rychle se rozvíjející obor kardiologické chirurgie zachraňuje mnoho pacientů, kteří by bez této léčby nepřežili. Zlepšuje se

¹⁹ /převzato: GROLL, A., SCHNEIDER, M., GAIDA, B. J., HUBNER, K.: Infectious endocarditis from Morphologic viewpoint: on pathology and clinical aspects of 97 autopsy cases. MedKlin(Munich), Feb 1991, vol. 18, 86(2), s. 59-70.

²⁰ COTRUFO, M., CARROZA, A., ROMANO, G., DE FEO, M., DELLA CORTE, A.: Infective endocarditis of native cardiac valves: 22 years surgical experience. J. Heart Valve Dis, Jul 2001, 10(4), s. 478-485.

i kvalita života a prodlužuje se délka života. Nicméně někteří autoři dokládají, **že je zde problém s nárůstem podílu jedinců s rizikem fokální infekce.** Díky antibiotikům a všeobecně uznávané krátkodobé profylaxi při chirurgických výkonech ve stomatologii i v jiných oborech, je frekvence endokarditidy a infekce cévních štěpů mírně klesající, jak uvádějí Young ²¹, Cotrufo a spol. či Táborský ²², ale frekvence pozitivních hemokultur u starších pacientů a u drogově-intravenózně závislých se zvyšuje.

V současné době se většině odborníků jeví situace u zdravých jedinců tak, že krátkodobá přítomnost mikroorganismů v krevním nebo lymfatickém systému je kontrolována, případně likvidována imunitním systémem. V případě oslabení jedince nebo snížení obranyschopnosti, vlivem účinků léků – imunosupresiv, kortikoidů (především u transplantovaných jedinců) vznikají příznivé podmínky pro šíření metastatické odontogenní infekce.

Pozornost, kterou si tato infekce zaslouhuje, vyplývá z toho, že:

- některé mikroorganismy v ústech vykazují **selektivní tropismus** k endotelu endokardu, hlavně tehdy, když už je tkáň patologicky změněna;
- povrchové antigeny mikroorganismů navozují **tvorbu protilátek**, které zkříženě reagují s tkáňovými antigeny srdce, ledvin, kloubní vazivové tkáně apod.;
- řada mikroorganismů je schopna **navodit stimulaci lymfocytů** a jejich antigeny navozují určité i nežádoucí regulace imunitního systému.

V praxi funguje obvykle odeslání pacienta všeobecným lékařem nebo specialistou ke stomatologovi se žádostí o vyšetření pacienta pro fokální infekci a léčbu „fokusů“.

²¹ /YOUNG, S.E.: Etiology nad epidemiology of infective endokarditis in England and Wales. *J Anti microb Chemother.*, Sep 1987, 20 Suppl. A, s. 7-15.

²² /TÁBORSKÝ, J., NOVOTNÝ, K., VANĚK, I.: Infectious complications of prostetic vasckular Grafts: the pathology, clinical practice and their managment. *Cor Vasa*, 2002, 44(1), s. 12-17.

Problém, který existuje, spočívá v poměrně krátkodobé přípravě pacienta na kardiochirurgický výkon a pacient také nemá důsledkem dlouhodobého onemocnění dostatek informací a chybí mu motivace pro pravidelné zubní ošetření.

Odstranění infekčně potencionálních fokálních dentálních ložisek probíhá v antibakteriální a antibiotické profylaxi podle dávkovacích schémat; pravidelné doporučení vydává American Heart Association (Prevention of Bacterial Endokarditis).²³

V 60. letech minulého století byla společnost ovlivněna společenskými změnami (v USA i koncem války ve Vietnamu), revolucí v občanských právech, vzrůstem nedůvěry v instituce, což bylo pravděpodobně důsledkem poklesu systému hodnot ve společnosti.

Lidé se stávali stále více materialisty a klesal zájem o prosperitu celé komunity. Také docházelo k rozvoji nových technologií, a to i ve zdravotnictví, vznikaly závažné etické problémy, které byly dříve neznámé, jako například jak hospodařit se zdroji.

V roce 1989 stoupl počet publikovaných etických prací v *Medline* na 780, což bylo nesrovnatelné s obdobím o dvacet let dříve, kdy byl počet prací na toto téma minimální.

Nejvážnější důvody pro řešení otázek v medicíně způsobil právě její rozvoj, a tak vyvstala nutnost zabývat se řadou etických problémů, o nich bylo nutno diskutovat. Šlo o velice důležité problémy, jako: komu **může být** poskytnuta léčba, komu **bude** poskytnuta léčba, kdo **zaplatí** náklady a jak tato **rozhodnutí provádět**. Snad nejdůležitějšími a nejnaléhavějšími se staly otázky v oblasti genetického inženýrství, řízené reprodukce a ukončení léčby.

Měnil se charakter práce lékařů a ostatních zdravotníků, a proto také vyvstala potřeba výuky etiky ve zdravotnictví. Zvýšila se nutnost zlepšení od-

²³/ převzato: www.americanheart.org

borné zdatnosti sledováním nových trendů, metodik, literárních zdrojů, ale vzrostly i nároky organizační a ekonomické.

Postavení stomatologie v medicíně

S technickým rozvojem oboru, s novými metodami, přístroji, materiály a postupy souvisí vznik etických problémů ve vztahu lékaře a pacienta ve stomatologii, zároveň se však odhaduje, že nárůst zájmu o etiku v zubním lékařství je ve srovnání s jinými lékařskými obory asi o 15 let zpožděný, o čemž svědčí i to, že až v roce 1993 byla publikována první monografie o dentální etice, v níž hlavním tématem byl **informovaný souhlas**.

Nové „high tech“ možnosti nastolují na jedné straně zvýšení kvality péče, na druhé straně zостřují problém dostupnosti této náročné péče. Stomatologie se stále více orientuje na náročné a drahé výkony, někdy bezdůvodně požaduje vysoké platby. Ošetření se někdy poskytuje takzvaně „když se to hodí“ a odmítá se odpovědnost v případě neúspěchu léčby.²⁴

1.3 Téze a cíl práce

Téze: V oboru stomatologie by měli mít pacienti s vážnými celkovými onemocněními odlišnou hierarchii hodnot než běžná populace .

V každém případě je nutno přihlížet k několika stěžejním bodům:

1. život pacienta a jeho celkové zdraví,
2. orální zdraví,
3. autonomie pacienta,
4. modely postupů preferované zubním lékařem,

²⁴ Převzato a přeloženo z angl. jazyka: RULE, J.T., Veatch R.M.: *Ethical Questions in Dentistry*, 2. vydání, USA Chicago, Quintessence Co, Inc, 2004, s. 11.

5. estetické hodnoty,
6. efektivita použitých prostředků a zdrojů.

Cíl: Cílem práce je dokázat uvedenou tézi na podkladě vysvětlení etických hodnot a dilemat u nemocných s kardiovaskulárními onemocněními a před transplantacemi orgánů.

Máme-li na mysli beneficenci pacienta, stanovujeme výčet přínosných hodnot u vážně nemocných pacientů v jiném pořadí, aniž bychom chtěli popřít jejich autonomii a paternalisticky jim vnucovat léčebné postupy.

2. VZTAH LÉKAŘ–PACIENT

Tak jako v jiných oborech medicíny, i ve stomatologii existuje přirozený strach z ošetření. Ovlivňuje hledisko strachu vzájemný vztah lékaře a pacienta?

Úvodem je dobré mít na mysli, že nejrůznějších zubních procedur podstoupí člověk během života velký počet, a to již od útlého dětství, a jen málo které jsou příjemné. Tato ošetření se během života opakují, zkušenosti jsou různé a narůstají.

Reakce na fakt onemocnění mají rozmanitou povahu, avšak pro každého pacienta představují novou životní zkušenost, s níž se musí vyrovnat. Formy tohoto vyrovnávání závisejí na charakteru osobnosti a někdy mohou nabýt i maladaptivní povahy. Přístup k nemoci může být normální, bagatelizující, repudiační, nosofobní, hypochondrický, nosofilní nebo účelový. Jedním z úkolů psychologické lékařské péče je proto věnovat pozornost těm nemocným, kteří nejsou schopni vyrovnat se se skutečností onemocnění, anebo na ni reagují nepřiměřeně.

Významný prostředek k navázání kontaktu s nemocným představuje **anamnéza**. Získávání anamnézy přináší poučení o duševním stavu, způsobu reagování, hodnotách a postojích pacienta. Zároveň se snažíme odhalit jeho konstituci, případně jej zařadit do určitého typu osobnosti. Nestačí jen kontakt navázat, musíme ho udržovat po celou dobu ošetřování. Tato schopnost je determinována hlavně sociální kompetencí lékaře. Není vhodné, aby lékař prováděl s pacientem příliš detailní rozbor **diagnózy**. Osvědčuje se oznámit diagnózu a vysvětlit základní informace o povaze onemocnění a soustředit pozornost na léčbu úměrně odhadu inteligence nemocného. Není vhodný ani přístup s přílišnou nesdílností a záhadnostmi, který často vyvolává obavy a hypochondrické konstrukce.

Vzpomeneme-li řeckou filozofii, jak Platón dokládá modelové rozlišování dvou typů lékařů: „Mezi lékařem otroků a lékařem svobodných. Pro lékaře je charakteristické, že nedává ani nepřijímá žádný výklad o každé jednotlivé nemoci každého jednotlivého z čeledi, nýbrž nařídí mu samovolně (tj. bez vysvětlujícího zdůvodnění) jako tyran, co uzná ze zkušenosti za dobré, jako by to přesně věděl, pak odkvapí pryč k jinému otroku a takto ulehčuje svému pánovi péči o nemocné.

Avšak lékař svobodného stavu zpravidla léčí a ošetřuje nemoci lidí svobodných, a to tak, že je vyšetřuje od začátku a podle znalosti přírody, přičemž se dorozumívá s nemocným samým i s jeho přáteli, jednak se sám něčemu přiučí od stonajících, jednak také, pokud je s to, poučuje nemocného samého, dříve nic nepřikáže, dokud ho nějakým způsobem nepřemluví k souhlasu, tehdy pak s pomocí přemlouvání stále dělá nemocného povolným, a tak se pokouší vrátit mu zdraví.“²⁵

Etická rozdílnost Platónových dvou typů lékařů spočívá v jejich rozdílném přístupu k filosofii: „Neudělali jsme špatné přirovnání, když jsme přirovnali všechny ty, kterým se nyní dávají zákony, k otrokům jakoby léčeným od otro-

²⁵ / citace: PLATÓN: *Zákony*, Praha, Oikumené, 1997, 720 c-d.

ků. Neboť je třeba vědět to, že kdyby některý z těch lékařů, kteří provozují lékařství na základě zkušeností bez vědeckého základu, zastihl lékaře svobodného, jak rozmlouvá s nemocným, mluví řeči blízké filosofování, chápe se nemoci od jejího začátku a vykládá o veškeré přirozenosti těl, hned by se hlučně zasmál a neřekl by žádná jiná slova, nežli ta, která má v takových případech pohotově většina tzv. lékařů: Bláhový, ty neléčíš nemocného, nýbrž ho patrně vzděláváš, jako by se měl stát lékařem, a ne zdravým člověkem.“²⁶

Platónovy sympatie ve sporu dvou typů lékařů stojí na straně svobodných, to je zřejmé.

Také Herakleitos naznačuje podobný přístup: „Lékaři pálíce, řezající, dělají totéž co nemoc, a ještě si za to žádají mzdu“.²⁷ Základní povinností ošetřujícího je zbavit pacienta bolesti, aby se uplatnila Vondráčkova zásada, že „...léčení nemá být nepříjemnější než sama nemoc“.²⁸

Další úkol lékaře spočívá v **eliminaci strachu a úzkosti**, jak v zájmu lidskosti, tak autosanace. Přehnaný strach a úzkost ztrácejí záhy svůj ochranný charakter a stávají se samy škodlivinou. Při jejich větší intenzitě a delším trvání hrozí nebezpečí psychického traumatu s přechodnými či trvalými následky. Mimo to dochází k četným funkčním změnám, které mohou být zejména u starých a chronicky nemocných pacientů nebezpečné. Za důležitou překážku ve stomatologii ve vztahu lékaře a pacienta se jeví zejména stomatofobie, Jedná se o překážku v komunikaci a to již při prvním setkání pacienta a lékaře.

2.1 Stomatofóbie

²⁶ /citace,tamtéž :s.857 c-d.

²⁷ /Zlomky před Sokratovských myslitelů.

²⁸ /převzato,citace:VONDRÁČEK, V., DOBIÁŠ, J. a kol., *Lékařská psychologie*, SZN, Praha, 1969 .

Strach ze zubního ošetření (stomatofobie) je popisován jako extrémní strach, který je iracionální a neodůvodněný. Obecně lze říci, že zubní fobie se může vyskytnout v kterémkoli věku. Bez ohledu na stupeň fobie se v 90 % populace rozvíjí u dětí a dospívajících. Všeobecné odhady výskytu hovoří o 6–20 % postižení populace (záleží na geografickém rozložení, vzdělání a sociálním zařazení). Úroveň i extrémního strachu může být nízká, to vyplývá především z toho, že každý člověk má nějaké zkušenosti se stresem. Původ strachu vyplývá z osobní i neosobní zkušenosti.

Děti či dospělí měli v minulosti negativní medicínské zkušenosti, které způsobily strach ze zdravotního ošetření. V anamnéze například nacházíme, že nemocný byl hospitalizován a ošetřen v souvislosti s poškozením nebo úrazem, s bolestmi, a vyskytl se strach v kontaktu s nemocničním prostředím „bílých stěn a bílých uniforem“.²⁹ Když nemocní fobičtí pacienti vstupují znovu do tohoto prostředí, mají tendenci vyvolat si dřívější prožitky a jejich reakcí je strach. Anticipují na základě zkušeností z předchozích ošetření, jako byly např. nepříjemné injekce v dětství (při očkování, nepříjemná anestezie spojená s bolestí nebo dokonce s vedlejší reakcí na podání lokální anestezie, která se projevila nevolností, zvracením až mdlobou). Všechny tyto zkušenosti mohou vést k vedlejším reakcím, když je pacient konfrontován s budoucí návštěvou u lékaře. Může jít i o částečný tzv. „snowballing effect“, kdy před návštěvou zubního lékaře se ústní obtíže zvětšují ve formě otoku a bolestí, to zároveň ještě zvyšuje strach z ošetření a nemocný oddaluje návštěvu u lékaře. Důsledkem je zhoršené ústní zdraví.

Fobie můžeme rozdělit na nízký, střední a vysoký stupeň.

Jaké jsou možnosti terapie pacienta se stomatofóbií?

U pacienta s **nízkým stupněm** fobie při ošetření vystačíme s psychologickým přístupem a relaxačními technikami, tzn. s hraním hudby se

²⁹ / převzato a přeloženo z angl. jazyka: DARBY, M.L., WALSCH, M.M., *Dental Hygiene Theory and Practice*. W.B. Saunders, Philadelphia, 1994, s.98.

zklidňujícím účinkem, pohodlnou polohou v křesle, odvrácením pozornosti rozhovorem, u dětí hraním si s hračkami. Pomáhá i dekorace místnosti květinami a jinou barvou malby, než je bílá.

U **středního stupně** fobie musíme při ošetření nemocného užít léky ke zklidnění – u pacienta pozorujeme panické chování. Ke zklidnění užíváme trankvilizéry typu Diazepamu, Apaurinu, v perorálním nebo intramuskulárním podání.

Vysoký stupeň postižení vyžaduje ošetření nemocného za přítomnosti anesteziologa, který aplikuje analgosedaci v intravenózním podání, a to převážně preparátu Dormica v kombinaci s analgetikem (Fentanylem), nebo se při ošetření přistoupí k užití celkové anestezie.

U postižených pacientů dochází k psychickým změnám v kombinaci se žaludeční nevolností, zvýšením dechové a tepové frekvence, k pocení. Děti trpí neklidem, zvýšenou gestikulací, až může dojít k reakci ve formě útěku. Míru strachu může posuzovat hlavně psycholog nebo psychiatr, ale i jiný lékař (zubní), a to zejména sledováním chování pacienta.

K prevenci a kontrole anxiózních stavů můžeme využít principu CARE (Comfort, Acceptance, Responsiveness, Empathy – pohodlí, přijatelnost, odpovědnost, vcítění).³⁰

K ozřejmění této poruchy uvádějí psychiatři (Paclt a spol.) tyto údaje:

„Úzkostná porucha, panická porucha a fobie jsou často komorbidní s depresí. Jako první se může objevit buď deprese nebo úzkost nebo fobie. Komorbidita je tak častá, že tam, kde si pacient stěžuje na úzkosti, je třeba zároveň prověřit, zda netrpí depresí.“³¹

Panická porucha se vyskytuje u 10–12 % depresivních pacientů, **úzkostná porucha** u 30 %. Kombinace úzkostné a panické poruchy s depresí

³⁰/ tamtéž, převzato, s. 98.

³¹ /zdroj :PACLT, I.a spol.: *Depresivní poruchy v ordinaci praktického lékaře*, 2005, s. 27.

jsou ještě závažnější a pro pacienta trýznivější, než kterákoli z těchto chorob jednotlivě. Četnost suicidálních pokusů u deprese je 19,5/100, u samostatné panické poruchy 7,0/100.³²

Depresivní porucha (symptomatická) je častá u srdečních chorob. Asi 20 % pacientů po infarktu myokardu (IM) splňuje kritéria depresivní poruchy. Prevalence deprese u nemocných s ischemickou chorobou srdeční (ICHS) kolísá mezi 16–23 % (Ford et al., 1998). Některé epidemiologické studie potvrzují hypotézu, že deprese je nezávislým rizikovým faktorem pro ICHS (přehled Paclt et al., 1997). Čtvrtina lidí, kteří se podrobí katetrizaci pro bolesti na hrudi má negativní somatický nález. Příčinou těchto nekardiogenních bolestí mohou být některé další tělesné choroby (mikrovaskulární angina, poruchy motility jícnu, atp.). 70 % vyšetřených s negativní koronarografií trpí nějakou duševní chorobou, nejčastěji panickou poruchou (30–50 %) nebo depresí. Depresivní pacienti jsou často silnými kuřáky, čímž se ještě komplikuje průběh některých kardiovaskulárních onemocnění. U pacientů po operacích srdce se vyskytují ve 40–50 % případů depresivní nebo úzkostné poruchy (Raboch et al., 2000). Deprese často komplikuje pooperační průběh transplantace srdce. Chronická depresivní porucha s častými epizodami je vždy důvodem pro dlouhodobou psychiatrickou léčbu.³³

Edukace pacienta. Stejně tak jako medikaci a monitorování nežádoucích účinků potřebují depresivní pacienti ze strany lékaře edukaci v problematice deprese, podporu, radu, ujištění a naději, neboť jejich pesimismus, snížená životní energie a pocity sociální izolovanosti a viny je mohou dovést k tomu, že **odmítnou léčbu**.³⁴

Jak zlepšit **dodržování léčby pacientem** (compliance). Spolupráce pacienta s lékařem může mimořádně kolísat, u poruch nálad se udává bezvadná compliance u 4–90 % pacientů. Pokud však trpí pacient zároveň poruchou

³² /tamtéž, s. 28-46.

³³ / tamtéž, s. 28-46.

³⁴ / tamtéž, s. 28-46.

osobnosti nebo abúzem návykových látek, může docházet k výraznému zhoršení compliance. Případné nežádoucí účinky mohou také spolupráci zhoršovat. Věk, vzdělání, manželský a sociální statut atd. jsou proměnlivé, jejich korelace s mírou spolupráce pacienta s lékařem je nejistá.³⁵

Strach je poměrně přirozenou reakcí. Od pradávných věků slouží člověku jako obranná reakce v boji o přežití.

Člověk reaguje v části mozku, která se nazývá amygdala, kde se spouští reakce ve formě hormonálních koktejlů, od kterých se pak odvíjejí další reakce organismu, a tak svým způsobem řídí chování člověka.

Jedinci se stomatofóbií vyžadují určitě a nezbytně **zvýšenou pozornost lékaře** při rozhovoru, který vyúsťuje z výše uvedených důvodů v informovaný souhlas pacienta. Snaha ošetřujícího by měla vyplývat ze zásady ekvivalence i autonomie pacienta s přihlédnutím k této fobické poruše. Vyžaduje to jistě více času a trpělivosti ze strany zdravotních pracovníků – lékařů a ostatního personálu, než u pacientů, kteří netrpí duševní poruchou.

³⁵ / tamtéž, s. 28-46.

3. INFORMOVANÁ DOHODA (INFORMED CONSENT)

Zamýšlíme-li se nad vztahem mezi lékařem a pacientem, vztah se buduje na vzájemné důvěře. Shoda odborníků panuje v tom, že lékař musí bezpodmínečně dodržovat následující pravidla:

Princip ekvivalence – lékař se nesmí nad pacienta nadřazovat, nesmí diskriminovat pacienty podle věku, pohlaví, rasy, náboženského přesvědčení nebo sexuální orientace.

Princip responsibility – lékař musí odhadnout, nakolik je nemocný kompetentní rozhodnout o své léčbě a převzít zodpovědnost za svůj zdravotní stav. K tomu slouží **princip autonomie**, kdy lékař nesmí omezit autonomii pacienta (nezneužívá vědomostí o pacientovi, nevnučuje se mu, napomáhá pacientovi najít naději a smysl života v sobě samém). **Informovaný konsensus** pak znamená vytvoření oboustranné dohody mezi lékařem a pacientem na základě těchto principů.

Historicky se vztah mezi lékařem a pacientem stále vyvíjí. Jak jsem uvedla výše, éra medicínského paternalismu je již za námi. Obě strany vztahu lékař–pacient by měly respektovat nastíněné principy, které jsou znakem moderní doby a myšlení.

Informovaný konsensus (I.K.), neboli informovaný souhlas, můžeme chápat jako **oboustrannou dohodu** na základě hlubšího poznání souvislostí. Je potřeba, aby si lékař zjistil o pacientovi všechny dostupné informace týkající se jeho choroby, a to včetně zjištění jeho charakterových vlastností a kompetence v rozhodování. Neméně důležitý je i výhled do jeho budoucnosti, neboť pacient bude muset rozhodovat o životně důležitých zákrocích na sobě samém, např. o operaci či dlouhodobé léčbě. Pacient dává i souhlas k použití diagnostických nebo i výzkumných procedur.

Pacient může požadovat na lékaři, aby mu sdělil veškeré důležité a relevantní údaje a informace o dané chorobě, včetně konsekvencí vývoje choroby bez eventuálních zásahů i konsekvencí zásahů samotných, poněvadž jen na základě těchto poznatků se pacient může efektivně rozhodnout, jaké budou jeho další kroky. Vycházíme z principu autonomie. Pů-

vodní výklad slova autonomie je odvozen z řeckého autos (sám) a nomos (pravidlo, zákon, vládnutí nebo právo). Původně odkazoval na samosprávu, resp. sebevládu nezávislých městských států. Po pozdějším rozšíření na individua dosáhl výklad různorodého významu, jako sebevláda, právo na svobodu, svobodná vůle. Osobní autonomie je minimálně sebeovládání, které je svobodné.

Téměř všechny teorie autonomie souhlasí s tím, že pro autonomii jsou nutné dvě podmínky: za první svoboda a za druhé jednání ve smyslu schopnosti k cílené akci. To jsou dvě obecné podmínky. V medicínském prostředí je důležité mít na paměti, respektovat autonomní volbu určité osoby. Respekt k autonomii není pouze ideál zdravotnické péče, ale **profesionální povinnost!** Autonomní volba je naopak **právem**, ne povinností pacienta.

Existují klinické zkušenosti, že někteří pacienti si nepřejí a nechtějí dělat vlastní rozhodnutí nebo se účastnit rozhodování významným způsobem. Většina pacientů si však přeje být informována o své zdravotní situaci a podílet se na rozhodnutích, jež se provádějí. Ti, kteří účast na rozhodovacím procesu odmítají, delegují rozhodnutí na někoho jiného (např. člena rodiny apod.).

Princip respektu k autonomii

Při rozhodování pacienta, čili schopnosti autonomní volby, se z hlediska právního rozlišuje **způsobilost** a **nezpůsobilost** (kompetence a inkompetence). Způsobilost při rozhodování je úzce spjata s autonomním rozhodováním, stejně jako platnost souhlasu.

Někteří zdravotničtí profesionálové rozlišují **schopnost** a **neschopnost** (capacity a incapacity) pacientova rozhodování, což znamená, zda je osoba schopna psychologicky nebo právně činit adekvátní rozhodnutí. Stanovení nezpůsobilosti může určit soud. Jestliže zdravotničtí pracovníci posoudí osobu jako nezpůsobilou, obrazejí se na neoficiálního zástupce v rozhodování a požádají soud, aby stanovil poručníka, který by hájil zájmy dotčené osoby. Soud stanoví legální nezpůsobilost, buď částečnou, nebo plnou (plenární)

a určí zástupce pro rozhodování. Ve všech kontextech platí význam termínu způsobilost jako schopnost vykonat úkol!

Kritéria, jež určují způsobilost, se liší podle toho, ke kterému specifickému úkolu se vztahují. Jen vyjimečně by osoba byla zcela nekompetentní ke všem úkolům, ve všech sférách života. V našem případě potřebujeme obvykle zvážit pouze způsobilost rozhodnout o léčbě nebo účasti na výzkumu. Způsobilost se může lišit i během času. Osoby jsou schopné zvládat určité úkoly do té míry, do které disponují určitou úrovní nebo rozsahem schopností a znalostí. Například na pohotovosti je zkušený a znalý pacient pravděpodobně víc kvalifikován souhlasit s procedurou, než pacient nezkušený a ustrašený. V oblasti medicíny se standardy způsobilosti soustřeďují na různou schopnost porozumět a zpracovat informace a usuzovat o následcích svého jednání. Problém nastává u osob, jež mají tuto schopnost pouze sníženou, např. náboženští fanatici či psychicky nemocní lidé, kteří mají klamné představy a jsou přesvědčeni, že správně řídí svoje jednání. Vlastnosti autonomie, mentální a psychologická schopnost nejsou pouze jedinými kritérii k modelování způsobilosti. Standardy způsobilosti by měly být úzce spojeny s úrovní zkušeností, zralosti, odpovědnosti a prospěchu (welfare) pacienta.

Informovaný konsensus stojí v popředí bioetických témat, což souvisí s rozvojem medicíny, přestože jeho historie a stanovení jsou nedávné. Termín informovaný souhlas se objevil v padesátých letech 20. století a v moderních dějinách lidstva byl rozpracováván až do sedmdesátých let. V posledních desetiletích se přesunula pozornost z povinnosti lékaře **odhalit informace** ke kvalitě **porozumění a souhlasu pacienta**. Hnacím motorem a silou posunu je autonomie. Cílem, kromě posílení autonomie, je snižování rizika, vyvarování se nečestnosti a předcházení možnosti zneužití zákroku. Historicky se zde objevuje sociální požadavek na ochranu práv pacientů.³⁶

³⁶/ BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F.: *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford University Press, 1994, 4. Vydání, s. 142.

Rozlišujeme dva významy informovaného konsensu:

1. **Analyzovatelný**, který znamená **individuální autonomní autorizaci** lékařské intervence nebo účasti na výzkumu.
2. Ve smyslu právním nebo **institucionálním**, kde není I.K. nezbytně autonomním jednáním, ale jde o **účinnou právní autorizaci**.

Někteří autoři se pokoušejí definovat informovaný konsensus specifikováním prvků konceptu, a to rozdělením na: **informační komponenty** a **komponenty souhlasu**.

- **Informační komponenty** odkazují na odhalení informací a chápání toho, co je sdělováno.
- **Komponenty souhlasu** se odvolávají na dobrovolné rozhodnutí a autorizační postup.

Literatura jak právní, tak lékařská, filosofická a psychologická podporuje následující komponenty informovaného souhlasu:

- 1) způsobilost,
- 2) odkrytí pravdy (seznámení s reálným stavem a možnostmi řešení),
- 3) porozumění,
- 4) dobrovolnost,
- 5) souhlas.

1) **Způsobilost**

Je víceméně předpokladem pro získání informovaného konsensu, neboť v extrémním případě (když je nemocný v kómatu) nemá pacient tuto schopnost, autonomie je ztracena a informovaný souhlas nedosažitelný. Tato situace se řeší zástupnými rozhodovateli, což však samozřejmě není pravá strategie informovaného souhlasu. Odhadnutí schopnosti činit rozhodnutí je nejpodstatnější, není však proveditelné a měřitelné běžnými prostředky získáváním znalostí, jelikož se nezbývá hmatatelnou realitou, ale morálním úsudkem, jakýmsi vnitřním potenciálem. Schopnost činit rozhodnutí může být do jisté míry narušena např. vnějšími faktory, tj. kul-

turním a sociálním pozadím, nedostatečným vzděláním či vzděláním v oboru zcela odlišném, než je oblast rozhodování, nebo „přirozenými“ příčinami – různými onemocněními, především poruchami CNS.

Také z lidského hlediska bychom k hodnocení kompetence měli vždy předpokládat plnou způsobilost pacienta, pokud nemáme důkaz pro opak.

Střetem morálních norem bývá **dilema**. Jedná se o kolizi mezi dvěma principy, které jsou navzájem opačné a nabádají nás k opačným řešením a činům. Nemáme žádnou obecnou šablonu, jak dilema řešit. Ve skutečnosti existuje „síla úsudku“, „prozíravost“ či „fronésis“ a rozumné myšlení se zakládá na tomto úsudku, který je schopen přiřadit jedinečné události obecný termín. Tento proces potřebujeme k řešení dilemat v medicíně. Mezi konfliktní principy v medicíně patří princip nonmaleficence (neškození) a princip beneficence (prospěšnosti) na straně jedné a princip autonomie na straně druhé. Informovaný souhlas slouží k „usmíření“ uvedených strategií.

2) **Odhalení** (disclosure, sdělení pravdy)

Znamená to, že podat pacientovi informace je rovněž předpokládanou povinností lékaře. Toto sdělení se musí nemocnému poskytnout přiměřeně a vhodným způsobem, tak aby měl pacient dobrý základ pro své rozhodnutí.

Poskytnuté informace zahrnují **fakta** nebo **popis** zdravotního stavu, jež se považují za rozhodující pro budoucí souhlas nebo odmítnutí intervence, jsou to zejména:

- informace, které se považují za základní v dané situaci,
- odborná doporučení,
- účel požadovaného souhlasu,
- povaha a limity souhlasu jako aktu zmocnění (autorizace).

Opak, tedy nesouhlas je nutno respektovat.

Pokud se jedná o výzkum, odhalení by mělo pokrýt cíle a metody výzkumu a předvídatelný prospěch i rizika.

Je rovněž důležité si uvědomit, že pacient dělá řadu rozhodnutí pro nebo proti, která jsou nutně nemedicínská (jsou oprávněně sférou pacienta, zatímco odborné standardy v medicíně se hodí pouze pro rozhodnutí medicínská). Medicínská praxe svým způsobem podrývá autonomní volbu, to znamená, že odborná praxe a dovednost spolu s informacemi podávanými pacientům někdy vyžadují, aby byly nezávislé na zavedených hodnotách a cílech lékařských odborníků.

Otázka neposkytnutí informace:

Terapeutického privilegia se lze dovolávat pouze tehdy, má-li lékař dostatečný důvod věřit, že sdělení pravdy by se poskytovalo pacientovi nezpůsobilému souhlasit nebo odmítnout léčbu, protože by nebyl schopen autonomního rozhodnutí na požadovaném stupni.

Legální výjimky dovolují zdravotnickým odborníkům postupovat bez souhlasu pouze v naléhavých případech, při nezpůsobilosti a zřeknutí se práv. O tom není sporu! Sporná je ovšem výjimka v terapeutickém privilegiu, podle kterého může lékař legitimně zatajit informaci (založenou na lékařském mínění), jestliže její prozrazení by mohlo být potencionálně škodlivé pro **pacienta depresivního, emocionálně vyčerpaného, nestabilního**. Může hrozit nejen eskalace úzkosti a strachu, ale také iracionální rozhodnutí nebo dokonce ohrožení života.

3) Porozumění

Někteří pacienti jsou po sdělení informací o diagnóze, prognóze a rizicích klidní, jiní rozrušení. U nich je pak další porozumění ovlivněno – emocemi, iracionalitou a nezralostí. Pacienti potřebují sdílet s odborníky porozumění v podmínkách souhlasu.

Existují i problémy „**informačního zpracování**“. Pro nemocného není vhodné ani příliš mnoho ani málo informací. Informační přetížení může zabraňovat přiměřenému porozumění, také předsudky deformují zpraco-

vání informací, stejně jako užití neznámých termínů. Rovněž „špatné rámování informací“ vede k nepřiměřeným obavám z rizik. Zdravotničtí pracovníci a pacienti si vykládají obsah sdělovaného po svém, což má potom neblahé důsledky pro autonomní volbu. Můžeme se také setkat s tím, že pacient dobře informaci rozumí, ale selhává ve schopnosti ji přijmout – příklad: pacientka neoprávněně věří, že nemá nádor, ačkoliv bylo maligní onemocnění jednoznačně prokázáno.

4) **Dobrovolnost**

Dobrovolnost můžeme specificky chápat jako synonymum autonomie. Pacient se má rozhodovat na základě přiměřených znalostí, v nepřítomnosti psychologického nátlaku či případných vnějších omezení.

Zneplatňovat dobrovolnost mohou psychiatrické poruchy, závislost na drogách i existence nemoci. Manipulativních pokynů, ať již ve formě emočních nátlaků či přesvědčování je třeba se vyvarovat, i když jsou činy v dobrém úmyslu (z lásky) nebo jsou ovlivněny výchovou a svěbytným kulturním prostředím. Jakýkoliv nátlak zneplatňuje svobodné rozhodnutí a porušuje autonomii pacienta.

Informovaný souhlas je závažným aktem korespondujícím s projevem svobodné vůle nemocného. Ve většině názorů na instrument informovaného souhlasu jsme se zahraničními autory zajedno. Společně nás zneklidňují také pacienti, kteří jsou de iure způsobilí k právním úkonům a přesto nejsou ochotni ani schopni se samostatně rozhodnout. Jistě je kvalita i způsob poskytování informací jedním z důležitých limitů následného získání IS, a proto se v poslední době stále hovoří o nutnosti náležité a věcné komunikace mezi zdravotníky a pacienty. Ke škodě věci se u nás zatím nediskutuje otázka terapeutického privilegia. Domnívám se, že právě terapeutické privilegium by odstranilo mnoho problémů i v běžné lékařské praxi. U nerozhodných pacientů by se snížila úzkost a míra obavy, lékaři by získali určitý klid a „podklad“ pro to, že i v obtížných situacích jednají správně, neboť svá rozhodnutí činí

v zájmu pacienta. Výhodu takové možnosti lze např. spatřovat při některých zákrocích v ambulancích stomatologické první pomoci, nebo při řešení obtížných a urgentních zásahů na stomatologických lůžkových odděleních (pacient je lucidní a přesto ve stavu praktické nekompetence) Nicméně platí v medicíně obecný předpoklad, že žádná lékařská intervence není povolena bez náležitého informovaného souhlasu.³⁷ Lékař musí mít vždy na mysli **zodpovědnost za léčení nemocného**, což však neplatí obráceně, tedy pacient nemá odpovědnost za lékaře.

Bez informovaného souhlasu nelze s nemocným žádnou proceduru zahájit. Dá se v něm dospět do různé hloubky. Ale budoucnost nelze beze zbytku dohodnout. Totéž platí i pro vztah mezi pacientem a lékařem a je třeba počítat i s dimenzí důvěry.

³⁷ /převzato ze zdrojů: BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F., *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford University Press, 1994, s. 142-161.

Konsensus(heslo) Akademický slovník cizích slov.

PAYNE, J.: *Lékařská etika*. Praha, Skalpel Triton, 1992.

HAŠKOVCOVÁ, H.: *Informovaný souhlas-Proč a jak?*, Praha, Galén, 2007.

PAYNE, J.: *Informed Consent*. Institut for Human Studies in Medicine, First Medical Faculty, Charles University in Prague, Prague, 2008.

Pro porozumění etických dilemat, jež v podstatě vznikají ve stomatologii, je nutné ozřejmit pojem FOI= fokální odontogenní infekce. Neboť léčba zubní infekce prolíná oborem , a tvoří, kromě oblastí onkologie a traumatologie a čelistních anomálií , jednu z jeho hlavních priorit .

4. FOKÁLNÍ ODONTOGENNÍ INFEKCE = FOI (metastatické oportunní infekce) A

ETIKA VZTAHU LÉKAŘ-PACIENT

4.1 Otázky spojené se sanací chrupu ve stomatologii u pacientů s kardiovaskulárním či jiným závažným onemocněním a u transplantovaných pacientů

4.1a Zdroje infekce

Zdroje jsou:

- nevitální zuby,
- paradontálně postižené zuby s tzv. choboty a těžkými záněty gingivy,
- choboty u retinovaných a semiretinovaných zubů (tj. „zuby moudrosti“),
- ponechané kořeny,
- cysty,
- záněty čelistních kostí,
- chronické záněty čelistní dutiny zubního původu.

4.1b Úkol stomatologa

1) **Anamnéza**, vyšetření:

- a) klinické a RTG vyšetření,
- b) laboratorní vyšetření,
- c) mezioborová spolupráce, nejčastěji: internista, hematolog, chirurg, kožní lékař, neurolog, oční lékař apod.

Hledáme příčinnou souvislost orálního infektu a patologického procesu vzdálených orgánů.

2) **Terapie** – sanace pacienta, odstranění výše uvedených ložisek (většinou chirurgické řešení, odvisí od diagnózy a celkového zdravotního stavu a léčebného plánu nemocného).

3) U rizikového pacienta **profylaxe** antibiotiky (ATB), injekčně nebo i perorálně před a po výkonu. Existuje rizikový pacient a iatrogeně navozená infekce.

Ve stomatologické praxi se setkáváme i s pacienty, kteří mají celkové těžké choroby: hematoonkologické (lymfomy, myelomy), kardiovaskulární a jiné. A tito nemocní mají podstoupit život zachraňující léčbu transplantací. Z hlediska fokální zubní infekce musíme být velice pozorní u výše zmíněných chorob, ale i u dalších, jako jsou kromě mnohočetného myelomu kostní metastázy karcinomu prsu, plic či prostaty a z nenádorových Pagetova choroba a osteoporóza, které jsou léčeny bisfosfonáty a u nichž hrozí osteonekróza čelisti (ONJ – Bisphosphonate-associated Osteonecrosis of the Jaw).

Dusíkaté bisfosfonáty jsou v onkologických indikacích preferovány, protože jsou mnohonásobně účinnější než bezdusíkaté typy. Mechanismus účinku jednoduchých bisfosfonátů (etidronát, klodronát) spočívá v inhibici činnosti osteoklastů i nádorových buněk, dusíkaté bisfosfonáty (zoledronát, pamidronát) také zmírňují progresi onemocnění inhibicí angiogeneze. ONJ může být zcela jistě smrtelným onemocněním se svízelnou terapií – chirurgickou, dezinfekcí, podáváním antibiotik, hyperbarickou komorou – a léčbu ještě komplikují kromě bakteriální infekce i aktinomycety a podávání kortikoidů a imunosupresivních léků při základní chorobě, např. u mnohočetného myelomu (MM). Naše lékařské úsilí bude směřovat k prevenci vzniku ONJ formou vyšetření a ošetření pacienta před nasazením bisfosfonátů a léčba bude spočívat v odstranění zdrojů fokální infekce.

4.1c Problematika transplantací

U hematoonkologických nemocných (lymfomy, myelomy) a u autoimunitních chorob se užívá v terapii **autologní transplantace**, u níž je cílem zbavit T-lymfocyty funkčnosti. Nemocný nejdříve podstupuje chemoterapii a pak dostává převod krve.

Alogenní transplantace kostní dřeně v terapii leukémií, lymfomů a solidních tumorů využívá např. efekt reakce GVL – štěpu proti leukémii. Komplikace se vyskytují ve větším množství u těchto transplantací např. při špatném chrupu přestupem infekce, při neutropenii vzniká zánět sliznice (mukozi-

tida), další komplikací je reakce štěpu proti hostiteli a reakce buněčné imunity proti tkáním hostitele a poškozením jater, střev, kůže a ústní sliznice.

Akutní komplikace po transplantaci trvají asi sto dnů, chronické přetrvávají delší čas a mohou vznikat i karcinomy.

Pacienti s kardiovaskulárními onemocněními jsou ohroženi zubní metastatickou infekcí ve formě např. endokarditidy, poškozením chlopní, a to především po chirurgických **zubních výkonech**. U pacientů, kteří mají před srdečními transplantacemi, je proto nezbytné stomatologické vyšetření a léčba fokální zubní infekce, aby nedošlo ke zmaření náročného kardiochirurgického výkonu a ohrožení života nemocného. Jedná se zejména o operace s umělými cévními náhradami, chlopněmi a pak u pacientů, kteří mají imunosupresivní léčbu po srdeční transplantaci.

Z hlediska transplantace orgánů a tkání rozeznáváme typy:

- **autologní transplantace** – tkáň z téhož jedince, zaručuje trvalé přijetí;
- **alotransplantace** (homologní transplantace) – tkáň z jiného jedince téhož druhu;
- **xenotransplantace** (heterotransplantace) – tkáň z jedince jiného druhu (ze zvířete na člověka);
- **izotransplantace** – tkáň z imunologicky totožného jedince, tj. dvojčete monozygota;
- **aloplastika** – použití cizího materiálu k transplantaci.

Dárci:

- 1) **Živý dárc** – musí to být vždy kompetentní jedinec (tedy nikoli dítě, vězeň a mentálně postižený), musí dát informovaný konsensus. Nesmí při odběru utrpět újmu, ne-li zemřít. Dárc poskytuje krev a kostní dřeň, což jsou regenerující tkáně. Z neregenerujících se poskytují pouze párové orgány.
- 2) **Mrtvý dárc** – je nutno u něj definovat smrt, pak lze odebírat i nepárové orgány. Je potřeba souhlasu dárc – je nutný implicitní souhlas (pozitiv-

ní/**explicitní**/negativní, v různých zemích různé). Transplantaci nesmí provádět lékař, který prohlásil pacienta za mrtvého. Příjemci, kteří čekají na transplantaci, trpí někdy pocity provinění, že čekají na něčí smrt.

Vyvstávají zde významné etické otázky při alokaci vzácných zdrojů (nedostatek orgánů):

- mám právo odmítnout orgán? (hlavně z náboženských důvodů)
- mám povinnost darovat orgán?
- mám právo darovat orgán?

Podle jakých kritérií má dotyčný příjemce dostat orgán: podle věku, losem, podle významu osoby, podle časového pořadí, podle biologické shodnosti s dárce (HLA-systém)?

Vztah mezi lékařem a pacientem byl dosud, jak jsem uvedla paternalistický, kdy lékař rozhodoval za pacienta. Dnes lékař musí dodržovat zejména:

- 1) princip ekvivalence,
- 2) autonomie,
- 3) princip odpovědnosti,
- 4) informovaný konsensus, kde však při uskutečňování souhlasu proti stojí následující protiklady:
 - a) veracita (sdělení pravdy) a nonmaleficence (neškození),
 - b) autonomie a kompetence,
 - c) autonomie a nonmaleficence / beneficence (prospěšnost),
 - d) autonomie a autonomie,
 - e) riziko a beneficence.

Éra medicínského paternalismu by již měla být za námi. Princip respektu k autonomii pacienta se stal pečetí moderního lékařského myšlení.

Co je eticky problémového na zubním lékařství?

Zubní lékařství je profese, ale zároveň vykazuje i obchodní činnost, proto, aby se zubní lékaři mohli uživit. Tyto dva póly samozřejmě samy o sobě přinášejí zdroj napětí a udržet správný tok napětí je někdy obtížné. Někteří

zubní lékaři mohou projevovat snahu snížit svoji profesionalitu ve prospěch zisku, jako např. specializací na výnosné kosmetické procedury, nebo masivní propagační kampaní atd. Takové akce mohou poškodit respekt a vážnost zubařské profese v očích veřejnosti. Mnoho zubních lékařů vnímá skutečnost, že nejsou zdaleka tak respektováni jako v minulosti.

Co je primárně důležité v případě dentální etiky?

Vysoký stupeň způsobilosti/ kvalifikace/ se od zubních lékařů nejen očekává, ale i vyžaduje. Nedostatek způsobilosti může mít u pacientů vážné následky. Navíc nejde jen o odborné znalosti a technickou zdatnost, ale i o znalosti etiky, rutinu a celkové postoje, protože nové výzvy přicházejí nejen s rozvojem oboru, ale i jako sociální a politické problémy.

Co je to hodnota?

Máme-li uvažovat o společenských nebo přírodních jevech, jejich specifickou vlastností je projev, jenž se může ukazovat jako pozitivní nebo negativní vzhledem k člověku a společnosti. Hodnota daného jevu vyplývá z jeho sociální sféry, jež souvisí s mezilidskými vztahy, zájmy lidí a má určitou úlohu orientačních bodů, tzv. hodnotovou orientaci, kterou se řídí každodenní praktická činnost člověka ve vztahu k okolním jevům přírodním nebo společenským.

Je třeba zdůraznit, že hodnoty jsou do jisté míry proměnné v čase/ historicky/ a jsou výrazem sociálně podmíněných vztahů, zájmů a potřeb společnosti.

Hodnoty lze rozlišit na :-ekonomické, tj. př. hodnota užitná, směnná apod., hodnoty: sociálněpolitické/ spravedlnost, nespravedlnost/,

hodnoty: morální /dobro, zlo,../, hodnoty estetické /krásné, ošklivé/ a

hodnoty jiné.

Vztah mezi jednáním jednotlivce a společností je součástí společenského vědomí, které se realizuje na pozadí etické normy. Etika se zabývá morálkou a nejprve určuje „co má být“, co je žádoucí z hlediska dobra. Společensko-historická podmíněnost etických norem by neměla být kritériem takového hodnocení. / Měly by tím být etické hodnoty, které získávají nadindividuální

platnost. V tomto vztahu hraje rozhodující roli vědomí jedince, který díky autonomii, dané zejména výchovou, vystupuje jako subjekt etické hodnoty, v souvislostech společenských norem, tedy jako uvědomělý subjekt, tj. mravní jedinec. Hodnoty jsou etická přesvědčení, jež jsou uznávána celou společností individuů nebo alespoň velkým počtem jejích příslušníků.

Hodnoty nám poskytují etickou orientaci. Tradičně se rozlišují hodnoty mravní jako: upřímnost, spravedlnost, věrnost. Měřítkem hodnot je jednání mravně orientovaného jednotlivce.

4.1d Těžiště hodnot v dentální praxi

Etické hodnoty se v lékařství určují potřebami pacienta, ne jinak je tomu ve stomatologii.

U lidí s vážným poškozením zdraví – u transplantovaných, u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním, u onkologických nemocných by mělo být pořadí hodnot dáno logickým hodnocením priorit pro jejich zachování života. V hierarchii hodnot u běžné populace, která není těžce nemocná, se setkáváme s odlišnými etickými dilematy a jejich hodnotovým pořadím, jež se řeší v praxi.

Již v 80-tých letech minulého století se asi poprvé američtí autoři – Ozar, Sokol zabývali etickými hodnotami, jež později na přelomu tisíciletí znovu upřesnili.

Principy, které uvádějí autoři Ozar a Sokol ve své publikaci *Dental ethics at chair-side: professional principles and practical applications*³⁸ v 5. kapitole, velmi dobře

³⁸ /OZAR, D.T., SOKOL, D.J.: *Dental ethics at chair: professional principles and practical applications*, Georgetown University Press, Washington, D.C., 2002, s. 68-83.

shrnují tuto problematiku a s jejich odborným názorem na etiku hodnot ve stomatologii se mohou ztotožnit.

Z lékařského hlediska nejlepší postupy bývají také velmi často ty nejdražší. Lékař by měl znát pacientovu situaci a nebrat v úvahu jen medicínské hledisko, ale zvážit také hodnotu výkonu vzhledem k finančním možnostem pacienta, výhled do budoucnosti a přihlížet i k mnoha dalším dalším aspektům. Samozřejmostí by mělo být, že o možnostech řešení pacienta poučí a povede s ním dialog. Stěžejními body uvažování lékaře při rozhodování o zvoleném postupu by měly být:

1. život pacienta a jeho celkové zdraví,
2. orální zdraví,
3. autonomie pacienta,
4. lékařem preferované hodnoty praxe a užívaných praktik,
5. estetické hodnoty,
6. efektivita použitých prostředků a zdrojů.

K jednotlivým bodům, které Ozar a Sokol uvádějí:

Ad 1.

Není pochyb, že celkové zdraví pacienta hraje při rozhodování o způsobu léčby důležitou roli. Není dentisty reflektováno tak často jako orální zdraví, je však v každém případě nutno vzít v úvahu pacientův životní styl a celkové zdraví a každý postup, který zubní lékař doporučí či provede, musí být vyhodnocen na tomto základě.

Ad 2.

Orální zdraví je třeba chápat jako komplexní pojem. Zde je nutné zohlednit věk, způsob a průběh předchozích dentálních zásahů, pacientovy funkční potřeby i autonomii pacienta. Základem je spolehlivá funkce chrupu. Orální funkčnost znamená též absenci bolesti. Zdraví, i orální, je široký pojem a lé-

kař musí pozorně přemýšlet a neustále vyhodnocovat tento celkový koncept a jeho dopady na profesionální praxi.

Ad 3.

Výběr způsobu ošetření musí probíhat na základě vlastního hodnotového žebříčku, cílů, záměrů a zásad. Důležitá je interaktivnost vztahu lékař–pacient.

Ad 4.

Zubní lékař má široký výběr možností ošetření a použití technických pomůcek, a má tudíž stále před sebou mnoho voleb, podstatných i méně důležitých. Technologie se vyvíjejí velmi rychle a k dispozici je rozsáhlá nabídka různých značek nástrojů, dentálních materiálů, léků, zubařských křesel apod., existuje i speciální vybavení k ošetřování ležících pacientů. Ještě komplexnější je výběr z rozmanitých použitelných procedur a přístupů v zubní praxi. Lékař by měl zohlednit výsledný závěr i pacientovo pohodlí, ale musí přihlížet i k času, jež pacientovi věnuje, kolik úsilí vynaloží a jaká bude vlastní finanční hodnota výkonu. Rozhodnutí lékaře pro určitý způsob výkonu musí být jednoznačné. Proto je pro budoucí lékaře důležité cvičení (trénink) během studia a v začátcích praxe, aby si vytvořili potřebné modely postupů. Je důležité, aby zubní lékař, když se rozhodne pro určitý postup, měl dostatečnou sebedůvěru a jistotu při jeho provádění, následně však tato sebedůvěra a preference určitých používaných praktik musí být objektivně adekvátní i pro pacienta. Tato schopnost úsudku a rozhodování je, ne bezdůvodně, významnou hodnotou zubní praxe. Lékař dává pacientovi obvykle doporučení podle svého nejlepšího úsudku a informuje jej o výhodách i nevýhodách. „Filozofie praxe“ je soubor mnoha dílčích možných rozhodnutí, jež odpovídají aspektům praxe.

Ad 5.

Lékař, který nevěnuje pozornost orálnímu a obličejovému vzhledu pacientů nebo jejich úsudku o nich, profesionálně selhává. Existují určité standardy vzhledu a stavu zubů, jež se přímo vztahují k orálnímu zdraví a které si

zubní lékaři osvojí již při studiu. Ty ale mohou být v rozporu s představami pacienta a tato různá kritéria je třeba akceptovat a skloubit. Je důležité přesvědčit pacienta, aby kvůli subjektivně lepšímu vzhledu neponičil zdravé zuby, na druhé straně je třeba zvážit, zda odmítnutí jeho požadavků nebude mít negativní dopad na jeho psychické zdraví. Do určitého stupně, by měl lékař pacientovy představy respektovat, ale zároveň jej vést ke správnému posouzení situace.

Ad 6.

Efektivita je běžná hodnota a nemělo by se jí v zubní lékařské praxi přikládat více důležitosti než v jiných oborech. Přesto však má právě v ní specifické místo. Odborné znalosti a fyzické zdroje zubního lékaře se rozvinuly za určitého vynaloženého úsilí a ve snaze uspokojit důležité lidské potřeby. Proto lékař, který by těmito zdroji bezúčelně plýtval, byť pro dobro pacienta, by se choval neprofesionálně. Z výše uvedených důvodů patří k povinnostem lékaře, aby vynaložené prostředky využíval efektivně, tedy čas, úsilí a použitý materiál.

Výše uvedené schéma bylo podrobena kritice : např. M. Veatch uvádí ve své publikaci *Ethical Questions in Dentistry*, že existence hodnot je kontraverzní, jak v zubní praxi, tak mimo ni. Otázka je :

„Řadí zubní lékaři a pacienti hodnoty podobně?“

„Existuje problém , týkající se pohledu na posuzování hodnot. Jakkoliv souhlasíme , že je pro odborníky důležité pochopit jejich pojetí profesionality, měli by tito na druhé straně uznat , že některé z těchto hodnot pro zdraví pacientů nemusí být podstatné. Např. škála praktických výkonů nemusí vždy sloužit zájmům pacienta. Může být prokázáno, že zubní lékaři se snaží řadit hodnoty nebo výhody stomatologie zvláštním způsobem , přičemž není žádný důvod předpokládat, že pacienti tak učiní stejně. Ve skutečnosti bychom měli předpokládat, že zubní lékaři řadí dentální zdraví jinak, než odborníci.³⁹

³⁹ /převzato a přeloženo z angl.. jazyka: RULE,J.T.,VEATCH R.M.:*Ethical Questions in Den*

Toto vyjádření Veatcheho podporuje tézi, že hodnotový žebříček u vážně nemocných pacientů by měl být jiný než u běžných stomatologických pacientů.

„Jak je možné řadit hodnoty?“

„Dodejme, že někteří lidé odmítají představy, že hodnoty mohou být seřezeny. Domnívají se, že velké množství kterékoli hodnoty by převážilo menší množství jiné hodnoty: např. že malé životní riziko přichází v úvahu kdykoli, kdy za účelem bezbolestné stomatologie je aplikována lokální anestezie, nicméně většina zubních lékařů je přesvědčena, že toto riziko je oprávněné. Jiní mohou radit pacientovo svobodné rozhodnutí nad celkové zdraví a orální zdraví. Pacienti mohou povýšit jiné faktory-nedentálního charakteru, nad všechny jiné uvedené hodnoty.“ Jistě tyto aspekty patří do řazení hodnot u běžné populace, u níž se provádí rozhodnutí a zubní léčba každodenně. Toto platí obecně.

Veatch upozorňuje, že

„některé nejasnosti vyplývají z vlastní definice hodnot. Nejvážnější případ je posuzování termínu orální zdraví. Je více způsobů, jak posuzovat tento termín/ kategorii/. Je to celková absence orálních onemocnění, nebo to znamená situaci, kdy v daném stavu není zapotřebí žádné léčení? Může orální zdraví existovat jen za předpokladu absolutní absence rizikových faktorů?“⁴⁰ Toto je jen část kritiky a komentáře, jež Veatch uplatňuje ve studii k otázce etických hodnot v zubním lékařství.

U pacientů se zdravím poškozeným vážnými chorobami se ve stomatologii uvažuje o orálním zdraví ideálně, jestliže je přítomna bezbolestná funkce a zároveň absence orálních onemocnění.

„V souvislosti s pojmem orálního zdraví se zjišťuje i kvalita života =OHRQoL- Oral-Health-Related Quality of Life. Tento pojem není u nás příliš běžný, i

tistry, 2. vydání, Chicago, USA, Quintessence Co Inc., 2004, s. 15.

⁴⁰ /citace, tamtéž, s. 16.

když se ve světě užívá přes dvacet let. Jedná se o specifitější případ obecnějšího pojmu „kvalita života související se zdravím“ =HRQL-Health-Related Quality of Life, s nímž se u nás pracuje v mnoha medicínských oborech. Význam výzkumů, jež mapují kvalitu života a orálního zdraví, spočívá v mapování zdravotních potřeb lidí , což usnadňuje prognózu a konkrétní rozhodnutí , jež se týkají stomatologické péče.“⁴¹

Kvalita života=OHRQoL , která souvisí s orálním zdravím, je specifická a zabývá se zjištěním , nakolik je kvalita života ovlivněna zdravím a nemocí.

HRQLse zabývá kvalitou života různých pacientů, kteří trpí chronickými onemocněními a život ohrožujícími , v menší míře akutními onemocněními.

Kvalita života u stomatologických pacientů-v průběhu onemocnění- zajímá lékaře a ostatní zdravotnický ošetřující personál , ale i pacienty. Ti se ptají , zda jim výkon zmírní potíže a zlepší život. Zde se zjišťují názory pacientů, o tyto názory a postupy vzrůstá zájem, jež vedou k určitým zjištěním se ty nazývají dopady,rezultáty =PRO,tzn.Pacient Reported Outcomes.

V minulosti se tyto PRO nezjišťovaly, neboť orální zdraví pacienta hodnotil pouze lékař. Po dlouhá léta v se onemocnění zubů a ústní dutiny bralo jako lokální záležitosti , dutina ústní se chápala jako autonomní oblast, bez vztahu k celkovému komplexu těla a byla situována uvnitř a definována anatomicky. Onemocnění byla chápala izolovaně od těla a osobnosti .Tento pohled se v dnešní době zpochybňuje, neboť je příliš úzký

A s širším přístupem se objevují nové pojmy , a to hlavně kvalita pacientova života, jež souvisí s orálním zdravím.

„Obecně lze říci, že ke kvalitě života související s orálním zdravím se dá dospět třemi různými způsoby: 1. Bereme vztah dutiny ústní jako výsledek péče o ni, přičemž ideálem je zdravý chrup a absence bolesti,

2.zkoumáme , jak vztah dutiny ústní ovlivňuje

⁴¹ /převzato a citováno: MAREŠ,J.:Zjišťování kvality života související s orálním zdravím u dětských pacientů,Praha,Časopis lékařské stomatologické komory,2009,19(6),s. 179-183.

ostatní části těla, celkový zdravotní stav jedince,

3. zkoumáme, jak celkový zdravotní stav jedince a kvalitu jeho života, související se zdravím/HRQL/ ovlivňuje dutinu ústní a orální kvalitu života související se zdravím OHRQL.⁴²

Z tohoto hlediska- orálního zdraví jako hodnoty v souvislosti s hodnotou života a celkového zdraví, můžeme konstatovat, že co do kvality života na první místo upřednostníme opět Ozar-Sokolovo schéma tj. 1. život a celkové zdraví, na druhém místě bude stát 2. orální zdraví, a potom další hodnoty 3.- autonomii pacienta, 4.-6.

Existují výčtové definice, jež definují pojem kvality života, související s orálním zdravím. Jedna z nich - autorů Gift HC, Atchison KA - klade důraz na pozitivní aspekty orálního zdraví a vyzdvihuje zejména:

. somatické fungování- odolnost jedince/ např. absence karcinomu v ústech/, absence nějakého postižení, nemoci, nebo symptomu onemocnění, adekvátní somatické fungování, žvýkání, polykání, absence nepohody a bolesti v dutině ústní/,

. emoční fungování- pohoda, úsměv

. psychologické fungování- pocit výborného orálního zdraví, spokojenost s vlastním orálním zdravím, žádné sociální nebo kulturní problémy způsobené stavem chrupu nebo dutiny ústní,

. sociální fungování- normální plnění sociálních rolí.

Naopak jiná definice akcentuje opak: především nemoc, jedná se o definici autora Kressina NR, vychází ze stavu chrupu a dutiny ústní u starší populace a kvality života, jež souvisí s orálním zdravím zahrnuje:

. jedincem vnímaný stav svého orálního zdraví,

. subjektivní hodnocení bolesti nebo nepohody,

. vliv nemoci na mechanické fungování dutiny ústní/ mluvení, otevírání úst,

⁴² / tamtéž, s. 179-183.

zavírání úst ,

.schopnost sebepéče/ čištění zubů kartáčkem, nebo zubní nití/,

.psychosociální problémy/ sociální obtíže při konverzaci, obavy o vlastní vzhled/,

.omezení aktivity, která souvisí se sociální rolí jedince/ např. schopnosti vykonávat určitou práci nebo plnit určité povinnosti/.⁴³

Zjišťováním kvality života a orálního zdraví se zabývají odborné výzkumy. Jejich výstupy nám napomáhají porozumět zdravotním potřebám lidí, pacientům dospělým i dětským a umožňují určit konkrétní hodnoty a podle nich i rozhodnutí, jež se týkají poskytování zdravotní péče.

4.2 Důsledky v praxi

Zamyslíme-li se z širšího pohledu nad náročnou medicínskou péčí u pacientů s kardiovaskulárními chorobami a u transplantovaných pacientů, musíme vzít v úvahu skutečnosti, jež stanoví meze pro poskytování zdravotní péče – limitace této péče buď využívají nejmodernějších postupů a prostředků, nebo ji vylučují. Tyto limity mohou být dány: ekonomickými možnostmi, vůlí pacienta, indikovaností postupu.⁴⁴

Ekonomické možnosti

⁴³ / tamtéž, s. 179-183.

⁴⁴ / převzato, STOLÍNOVÁ, J., MACH, J.: *Právní odpovědnost v medicíně*, 1. vydání, Praha, Galén, 1998.

Příklad: Je-li dotyčný pacient přijat do zdravotnického zařízení, jež nemá k dispozici všechny nejmodernější postupy a vybavení, a není zároveň možný jeho převoz do lépe vybaveného centra ze zdravotních důvodů, je nutné mu poskytnout péči, jak lokální podmínky dovolí. Složitější situace by nastala, kdyby zde nastal ekonomický tlak na redukci péče, jenž by se mohl dostat do střetu s požadavkem postupu *lege artis*.

Příklad: Transport pacienta by byl možný a pacient **nebyl** určen lékařem k indikaci (nesprávně) k chirurgickému výkonu (k operaci srdce, transplantaci orgánu) jako jediné možnosti pacientův život zachránit. Tyto závažné chyby se popisují např. při pomalém rozhodování lékařů, nezkušenosti, slabé odbornosti, nedostatku času apod.

Někdy je problém v nedostatku určitých prostředků, jenž následně může vyvolat problémy týkající se výběru pacientů. Podle jakých kritérií vybrat pacienta k terapii, k operaci? Z pohledu medicínských kritérií především podle tkáňové shody, krevních testů, HLA-systému atp., z etického pohledu však některé pacienty tímto přístupem diskriminujeme. Beze zbytku tento problém není vyřešen nikde na světě.

Osobně sdílím názor, že prioritní by měly být medicínské požadavky a zdravotní stav pacienta. Stomatolog může mít poradní stanovisko v komisionálním rozhodování o výběru po ose týmové spolupráce – internista, stomatolog, kardiochirurg.

Příklad: Pacient má druhou možnost transplantace orgánu, který selhal z důvodů infekce a nedodržení medikační léčby v pooperačním období. Tato skutečnost může být přitěžující okolností při omezení a přístupu k další transplantaci.

Vůle pacienta

Problém nastává, když pacient sám odmítá vitálně indikovanou péči.

Příklad: Odmítání krevní transfuze z vitální indikace, má-li k tomu nemocný náboženské důvody. Někdy pacient odmítne pokračovat v léčbě – např. zastavení dialyzační terapie.

V ústech: Požadavek nemocného na zastavení dalších extrakcí zubů, i když je náležitě poučen, že tím může zmařit výsledek transplantace kostní dřeně.

Pacient má právo kdykoli změnit rozhodnutí o své léčbě, ovšem za podmínky, že je ve svém rozhodování kompetentní. Zde je třeba zvážit nejen autonomii a kompetenci, ale i autonomii a nonmaleficenci (i beneficenci) a především **riziko a beneficenci**.

Příklad: Pacient, 67 let, byl odeslán k přípravě na stomatologickou kliniku k vyšetření, návrhu a léčbě fokální infekce před operací srdce chlopenní náhradou. Nemocný odmítl navržené extrakce devíti zubů a nechal si extrahovat pouze třetinu z nich. Kardiochirurg respektoval autonomii pacienta i z důvodů nedostatku času. Operace srdce byla provedena. Pacient za dva měsíce podlehl pooperační komplikaci.

Příklad: Pacientka, 40 let, v anamnéze abúzus alkoholu, před transplantací jater. Pro selhávající jaterní funkce měla vysoké parametry krevní srážlivosti, nešlo provést ani řádné odstranění zubního subgingiválního kamene. Nemocné byly navrženy extrakce 24 zubů. Nemocná si extrakce nepřála, chtěla jen ošetřit dásně. Byla velice zklamána tím, že ošetření nebylo možno provést. Bylo nutné provedení velice náročné pre-operační a peroperační přípravy nemocné k transplantaci. Jaká je zde záruka dodržení celkové a ústní pooperační péče?

Indikovanost postupu

Indikovanost postupu je stěžejní. Ve stomatologii se jedná mimo jiné o rozhodnutí nejen léčby kazů a jejich následků, ale také o léčení parodontálních nemocí, případně slizničních chorob. U extrakcí zubů stanovujeme léčebný plán i s časovou posloupností. Pacienta nejvíce zajímá rozhodnutí o ztracených zubech a jejich odstranění, když se snažíme minimalizovat možnost infekce z odontogenního zdroje. Nemocní zpravidla nemívají zubní obtíže, tak proč zuby extrahovat? Pacientovi navrhuje různá řešení, pokud nám to zubní nález dovolí, rovněž zároveň hodnotíme **celkový zdravotní stav a diagnózu** pacienta (často jich má více, celkových i zubních). Zde

stomatologovi v řešeních pomáhá nejen odborná znalost, ale také frónésis (prozíravost), zkušenost a umění komunikace s nemocným. Někdy má nemocný před urgentní operací minimálně času.

Nekompromisní stomatologickou léčbu budeme určitě volit u nemocných, kteří mají před transplantací kostní dřevě, u onkologicky nemocných, před transplantacemi nepárových orgánů, přísněji budeme také postupovat u pacientů se špatnou orální hygienou. Je na první pohled patrné, že nemocný řadu let nenavštívil zubního lékaře a nemá zájem o péči o ústa. Při kompromisním návrhu léčby v těchto případech zde existuje vysoké riziko, že pacient může zemřít na pooperační infekční komplikace. Zde by se uplatnilo Ozar-Sokolovo schéma o prioritě celkového zdraví a života, nad zdravím orálním a autonomií pacienta. Tyto případy jsou odlišné od léčení běžné populace / z etického pohledu/, ale pro těžce nemocné, by měla být tato hierarchie hodnot platná: 1) život pacienta a jeho celkové zdraví, 2) orální zdraví, 3) autonomie pacienta, neboť je pro ně životně důležitá! Z hlediska přežití, pro pacienta, z medicínského pohledu je pořadí jasné, ale z hlediska etického - se zde klade otázka, na kterou je polemické odpovědět: lze zaměnit pořadí hodnot? Je nutné řídit se názorem pacienta a jeho souhlasem, tzn., že lze zaměnit pořadí 3. hodnoty a pořadí 1.2. ponechat, ale povede z dlouhodobého hlediska, záměna v hierarchii k benefitu pro pacienta? Zde je na místě a v praxi rozhodující, otevřít širokou debatu mezi lékařem a pacientem, případně odkrýt i možné skryté důvody, jež pacient nemusel primárně uvést a které pak vedly k jeho rozhodnutí, jež není shodné s lékařským míněním a hierarchickou škálou podle známých autorů: Ozar, Sokola.

Ve starověku můžeme najít paralelu u Aristotela, zejména u ctnosti statečnosti. Z hlediska pacienta je někdy názor odlišný od lékaře, který mu určuje léčbu, pacient jen těžko přijímá pořadí hodnot, hierarchii hodnot mu připadá neuměřená. Lidé méně stateční přijmou řešení až když pozdě/ nedlouho před smrtí/. Lidé statečnější přijímají hierarchii hodnot adekvátně př svému

zdravotnímu stavu. Statečnost je tak centrálním pojítkem mezi oběma autonomiemi, autonomií lékaře a autonomií pacienta.

Statečnost prokazuje i u jedince zároveň ctnost moudrosti, jestliže zvolí správné pořadí hodnot z hlediska rozhodnutí ve prospěch svého dlouhodobého dobra.

„Součástí Aristotelovy definice mravní ctnosti je střed, který je vymezený úsudkem rozumného člověka . Střed je jediný chválihodný , leží mezi oběma špatnostmi, z nichž je jedna nadbytkem a druhá nedostatkem . Nadbytek a nedostatek se někdy dále člení s ohledem na bližší okolnosti jednání .“⁴⁵

Příklad: zbabělost.....statečnost.....nebojácnost,smělost.

Nad to je třeba vzít v úvahu morálně hodnotové kvality jako jsou profesionalita lékaře,soucit / nebo-li i pochopení/, vysoký stupeň kvalifikace a věc svědomí lékaře.

V každém případě zubní lékař musí postupovat *lege artis*, podle svého nejlepšího svědomí a stanovit léčebný postup k sanaci chrupu, jenž je optimálním řešením pro pacienta, a to s rozvahou do budoucna, kdy nemocnému zubů ještě ubude a bude potřebovat nahradit i tyto zbývající. Výhled na nahrazení zubů bude důležitý jak z důvodů zdravotních – pacient musí přijímat řádně stravu, tak pro nemocného budou důležitá i hlediska estetická a finanční náročnost protetického ošetření.

Jaká jsou běžná dilemata, jež se řeší na zubním křesle ? Co musí řešit lékař s pacientem, který nemá závažné celkové onemocnění?

Nejčastější dilema, jež řeší zubní lékař je : které zuby v ústech ponechat, a které extrahovat, a to v případě, že zuby už nejsou léčitelné, jsou i potenciálním zdrojem infekce

/ z medicínského hlediska jsou to zuby paradontozní, nevitálnia jsou určeny k extrakci, na základě kritérií jako jsou: viklavost, bolestivost, rozpad tkání

⁴⁵ /ARISTOTELES,*Etika Nicomachova*,Praha,1996,s.361-362.

vlivem kazu, opakované abscesy aj./Přitom pacient nemusí mít trvalé potíže a zuby si nepřeje extrahovat. Další dilemata v zubní praxi jsou alternativy ošetření:

např. po odlomení hrbolku stoličky,to zahrnuje možnosti:

- 1) nasadit zlatou korunku,
- 2) nasadit zlatou korunku s porcelánovým povrchem,
- 3) použít zlatou inlay ,
- 4) nahradit hrbolek dostavbou z amalgamu ,
- 5) opravit : bez náhrady-úpravou zábrusem ,
- 6) nahradit ztrátu hrbolku dostavbou kompozitní pryskyřicí ,
- 7) použít porcelánovou inlay ,
- 8) zub extrahovat.

Je otázka , co by měl lékař říci pacientovi, samozřejmě, ví-li, že pacient je kompetentní / zcela nebo částečně/ a je schopen přijmout či odmítnout souhlas s provedením. Obecně musí být pacient seznámen: s alternativami léčby , kdo bude léčbu provádět a jaké budou náklady ,s rozdílnými názory odborníků na možnosti léčby,se zvláštními zájmy poskytovatele/ vyšší výdělek/.

Toto jsou zvláštní a specifické složky informed konsenzu. Lékař se může rozhodnout- podle profesionálního standardu nebo podle svého racionálního stanoviska a provést ošetření tak, aby byly zuby dlouho funkční a estetické.

Další velmi frekventovanou etickou otázkou ve stomatologii je např. užití lokální anestezie. Klinická dentální etika se výrazně uplatňuje jednak v oblasti léčby na fakultách, jednak při poskytování rychlé první pomoci.

Denně se provádí řada rozhodování-zda zachovat či vytrhnout zub, použít fixní či snímatelné náhrady, použít amalgamové nebo kompozitní výplně, nasadit korunku a mnoho dalších rozhodování. Dilemata, která jsou uvedena u běžné populace uvádím zde pro ozřejnění právě , proto, že jsou odlišná u nemocných s vážným celkovým zdravotním postižením

V těchto popsaných situacích by schéma podle Ozar –Sokola nemuselo podléhat seřazení hodnot : od 1.-6., protože priority ošetření se mohou měnit podle okolností.

Zubní lékařství jako historicky samostatný obor deklarovalo etické principy jak pro praxi, tak pro své řízení, a to po celou dobu, kdy existuje jako profese samostatně, nebo jako součást medicíny. Většina etických standardů je stejná pro medicínu i stomatologii.

Cílem stomatologického ošetření u těžce nemocných , je minimalizovat riziko zubní infekce a zajistit co nejlepší vyhlídky na benefit operačních výkonů nebo náročných procedúr / vyšetřovacích, diagnostických, jež jsou součástí operací, transplantací/, s co nejlepší vyhlídkou 1. na život a celkové zdraví,2.na orální zdraví, 3. autonomii pacienta .

Pacienta připravit na výkon nejen s pozitivním postojem k operaci, ne pouze s institucionálním , tj. právním podpisem souhlasu k výkonu, ale s analyzovatelným informed consent/ i. dohodou/ , jež bude pacientem stanovena.

Hodnoty jsou konec konců výsledkem hodnocení, tzn.upřednostnění jednoho jednání před jiným.

Ctnosti jsou uplatněné schopnosti chovat se v souladu s jednotlivými hodnotami. Sokrates snad poprvé definoval ctnosti: jako smýšlení, zaměřené na uskutečňování mravních občanských hodnot .

Hodnoty, morálka, etika, ctnosti spolu souvisejí jako jeden celek, je však třeba je pojmově rozlišit.Například: ctnosti chtějí“ převádět hodnoty do běžného života. Lidé , kteří zkoumají moderní trendy-ohlašují návrat hodnot! Etika a morálka jsou ústředními tématy nejen 21. století.

Věda o mravnosti zkoumá hodnoty a normy / etika hodnot/.

Oceňování hodnot vyvolává otázku, zda je vrozené, nebo odvozené ze zkušenosti a předávané výchovou.

5. SPRAVEDLNOST VE ZDRAVOTNICTVÍ Z ETICKÉHO POHLEDU, ALOKACE ZDROJŮ A HIERARCHIE HODNOT VE STOMATOLOGII

Tradičně, jak již bylo v předešlém textu uvedeno, spravedlnost patří mezi hodnoty mravní.

Problematika spravedlnosti souvisí v širším pohledu s tematikou vážně nemocných pacientů i ve stomatologii.

Ze všeobecného hlediska spravedlnost ve zdravotnictví pracuje s hodnotami: samotného jedince a jeho kvalitou života, délkou života, jeho rehabilitací po operaci, po transplantaci orgánu. Proto se následující kapitola zabývá spravedlností, a to z více úhlů, protože existuje různost názorů na spravedlnost a tato otázka nemůže být zcela jednoznačně vyřešena.

Nicméně zabývat se spravedlností u nemocných s vážně poškozeným zdravím je zcela odůvodněné a nezbytné.

Koncepce principu spravedlnosti⁴⁶

Filosofie, vysvětluje pojem spravedlnosti („justice“) a rovněž se zabývá termíny „fairness“, „desert“, „entitlement“. Tyto pojmy interpretují spravedl-

⁴⁶ /BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS J.F.:*Principles of Biomedical Ethics*, Oxford, Oxford University Press, 1994, 4. vydání, s. 327.

nost jako férové, spravedlivé léčení ve vztahu k lidem, to co se patří nebo co je dlužno.

Termín – „**distributive justice**“-**rozdílecí spravedlnost** se odvolává na férové, spravedlivé a přiměřené rozdělování ve společnosti určované spravedlivými normami, jež strukturují sociální kooperaci.

Tento termín (D.J.) se užívá někdy ve větším rozměru pro označení distribuce všech práv a odpovědnosti ve společnosti. Obsahuje např. i občanská a politická práva.

Vzpomeneme-li Aristotela, tak stejné se musí léčit stejným a rozdílné rozdílným, tento **princip formální spravedlnosti** (někdy se nazývá „princip formální rovnosti“), je „formální“, neboť nedává žádný konkrétní návod k tomu, aby stejné bylo léčeno stejným, a neposkytuje kritéria k určení toho, zda dvě individuality (i více) jsou ve skutečnosti stejné. Prosazuje, aby všechny zřetele byly zohledněny jako podstatné. Se stejnými lidmi by mělo být zacházeno stejně a s žádným člověkem by nemělo být zacházeno nerovně.⁴⁷

Materiální principy spravedlnosti

Principy, jež specifikují důležité charakteristiky pro rovné léčení, jsou materiální, neboť určují hmotné vlastnosti pro distribuci. Materiální principy potřebnosti můžeme postupně objasnit a zformovat do potřeby např. veřejného pojištění s cílem distribuce.

Hlavní materiální principy přerozdělování navržené různými autory jsou:

1. každému rovný díl,
2. každému podle jeho potřeb,
3. každému podle jeho úsilí,
4. každému podle jeho přispění (contribution),

⁴⁷ / tamtéž, s. 328.

5. každému podle jeho zásluh,
6. každému podle změn na volném trhu.⁴⁸

Neexistují zde meze přijetí více než jednoho z principů a ně-keré teorie spravedlnosti přijímají všech šest .

Materiální principy určují důležitá kritéria pro to, aby byli lidé kvalifikováni pro zvláštní distribuci (podíly). Někdy se zásadní kritéria pevně zakládají na tradici, na morálních nebo zákonných principech či na politice.

5.1 Teorie spravedlnosti

Teorie rozdílecí spravedlnosti- „distributive justice“ byly rozvinuty do speciálních, souvislých a rozličných principů, pravidel a rozhodnutí.

- **Utilitářské teorie** zdůrazňují kritéria maximální obecné prospěšnosti, užitečnosti.
- **Libertariánské teorie** zdůrazňují práva na sociální a ekonomickou svobodu (se zdůrazněním tržních procedur).
- **Komunitariánské teorie** zdůrazňují principy, tradice a rovný přístup ke statkům (goods) v životě, které rozumná bytost oceňuje (často jde o materiální kritéria potřeby a rovnosti). Od těchto teorií můžeme očekávat pouze částečný úspěch co se týká soudržnosti a celkovosti a sociální spravedlnosti.⁴⁹
- **Rovnostářské teorie** zdůrazňují rovná práva, resp. nároky všech jednotlivců.

Rozdílné koncepce spravedlivé společnosti tuto obtížnost dále komplikují a jeden cíl bývá umenšován druhým.

⁴⁸ / tamtéž, převzato, s.330.

⁴⁹ / tamtéž, s.převzato, s.334-339.

50/ převzato a přeloženo z angl.. jazyka: BEAUCHAMP, T.L.,CHILDRESS J.F: *Principles of Biomedical Ethics*,Oxford:Oxford University Press,1994,4.vydání, s. 336-337.

Utilitaristické teorie

Jejich argumentem je, že standard spravedlnosti je závislý na principech užitečnosti.

V distribuci zdravotní péče shledávají obvykle utilitaristé spravedlnost v zavádění „trade-off“ nebo např. v poskytování výhod v připravovaných programech, např. zdravé výživy. Mnoho utilitaristů upřednostňuje sociální programy, jež podporují veřejné zdraví a rozdělování základní zdravotní péče stejně všem občanům, na základě že tyto maximalizace užitečnosti.

Libertariánské teorie⁵⁰

Některé země, např. USA, kladou přední důraz na ideál volného trhu, to znamená, že rozdělování zdravotní péče a služeb je nejlepší ponechat na trhu, jenž operuje materiálním principem schopností platit buď přímo nebo nepřímo skrze pojištění. Hlavní hodnotou je privatizace zdravotnictví.

Libertariáni podporují systém, v němž je zdravotní pojištění soukromé a dobrovolné. Libertariánskou teorii hájí ve vlivná práce Roberta Nozicka, který přijímá formu procedurální spravedlnosti pouze s třemi principy:

1. spravedlnost v zisku,
2. spravedlnost v převodech (transfer),
3. spravedlnost v rektifikaci.

Neexistují žádné vzory spravedlivé distribuce nezávislé na tržních procedurách a nabytém majetku. Nejsou zde žádná práva na blahobyť, a proto ani žádná práva na zdravotní péči nebo požadavek na zdravotní péči založený na spravedlnosti.⁵¹

Komunitariánské teorie

⁵¹ / převzato ,tamtéž , s. 336

Tyto teorie negativně reagují na libertariánský model společnosti (Mill, Rawls, Nozick), jenž zakládá lidské vztahy na právech a smlouvách a který se pokouší vytvořit jednoduchou teorii spravedlnosti, jenž by rozhodovala o každé společnosti.

Komunitaristé pokládají principy spravedlnosti za pluralitní, skládající se z mnoha různých koncepcí dobra a rozdílných morálních komunit. Mají za to, že to, co je patřičné jednotlivcům a skupinám, závisí na jejich standardech, odvozených z komunity. Prosazují zodpovědnost jedince ke komunitě.

Komunitarianismus Michaela Walzera připouští, že zdravotní systém v podobě základního (decent) minima pro všechny a pak svobody dalších kontraktů pro zvýhodnění je v zásadě spravedlivý.⁵²

Rovnostářské teorie

Rovnostářské teorie spravedlnosti předpokládají, že jedincům budou rovným způsobem zajištěny určité nároky např. na zdravotní péči. Bývají opatrné a varují před rovným rozdělováním všemožných sociálních výhod, tak aby dosáhly spravedlnosti. Teorie Johna Rawlse z části představuje rovnostářskou výzvu libertariánským a utilitaristickým teoriím. Rawls vysvětluje **spravedlnost** jako **fairness** (čestnost, slušnost, poctivost). Jde o normy spolupráce, odsouhlasené svobodnými a rovnými jedinci, kteří participují na sociálních aktivitách se vzájemným respektem. Ve shodě s jeho pohledem na rovnováhu a soudržnost (equilibrium and coherence) Rawls dodává, že to co opravňuje koncepci spravedlnosti, je kongruence s naším hlubokým porozuměním (sense of justice) nám samým, s našimi touhami (úsilím) a s naší realizací toho, co je dáno naší historií, tradicí a co je tak součástí veřejného života – to je nejdůležitější doktrína.

⁵² /převzato, tamté, s.337.

Teorie spravedlnosti proto úzce souvisí s naším všeobecně přijatým pojetím – **fairness** a s našimi obecnými principy.

Rawlsova teorie byla v určité době široce diskutovanou implikací pro zdravotní politiku.⁵³ Ačkoli on sám v této implikaci nepokračoval, jiní ano.

Norman Daniels vysvětluje pojetí spravedlivé péče založené na Rawlsově principu *fair equality of opportunity*. Přestože Daniels nenabízí žádnou výslovnou obranu tohoto principu, nepřímo se spoléhá na důležitost potřeb ve zdravotní péči a na spravedlnost, v níž je rovná příležitost stěžejní pro jakékoli přijatelné pojetí spravedlnosti.

Instituce mají vliv na rozdělování zdravotní péče a měly by být uspořádány tak, aby dovolily každému jedinci dosáhnout na rovný díl řady příležitostí, vyskytujících se ve společnosti. Řada příležitostí se určuje rozsahem životních plánů, jež by mohl jedinec důvodně uskutečnit podle svého talentu a dovedností.

Na **nemoc** a **nemohoucnost** se pohlíží jako na nezaslouženou restrikcii příležitostí jedince, jež znemožňuje dosahování základních cílů. Potřeby zdravotní péče se určují čímkoli, čeho je jako cíle nutné dosáhnout – udržením nebo navrácením specifického stupně fungování (nebo ekvivalentů tohoto stupně). Zdravotní systém určuje rozsah těchto potřeb, aby se dalo zabránit nemocem nebo bezpráví, způsobeného redukcí příležitostí.

Alokace zdrojů zdravotní péče by pak měla zaručovat spravedlnost pomocí *fair equality of opportunity*. Formy zdravotní péče, které mají významný vliv na prevenci, limitování nebo kompenzaci problémů, by měly mít prioritu v plánování institucí poskytujících zdravotní péči a její alokaci .

Teorie inspirované Rawlsem mají vliv na politiku národního zdraví. Každý člen společnosti, bez ohledu na majetek, by měl mít rovný přístup k adekvátnímu, byť ne maximálnímu stupni zdravotní péče. Lepší služby, jako je např. luxusní pokoj v nemocnici nebo nadstandartní kosmetické, dentální

⁵³ / tamtéž, s. 340.

výkony, by měly být dostupné , za osobní prostředky – pomocí privátního připojištění.⁵⁴

5.2 Rovná příležitost (fair opportunity)

Pravidlo rovné příležitosti

Pojem „fairness“ by se dal formulovat jako zásada sociální distribuce, která se pokouší zmenšit nebo zlikvidovat nespravedlivé formy distribuce.

Zásada je, aby lidé dostávali stejnou šanci, pokud jejich znevýhodnění nejsou způsobena jimi samými (např. u transplantace orgánů).⁵⁵

Některé vlastnosti jako je IQ, rasa, gender, změnitelné nejsou, vnášejí zmatek do zásady rovné příležitosti, některé jsou – např. sociální status. Pokus uspokojit všechny občany základním vzděláním zdůrazňuje choulostivé morální problémy, analogické pokusům poskytovat každodenní minimální stupeň zdravotní péče.

Zmírňování (ameliorace) dopadů životní loterie⁵⁶

Kam až bychom měli rozšířit rozmezí nezasloužených vlastností, jež vytvářejí nějakou formu asistence? Všechny „**schopnosti a handicap**“ jsou funkce, které John Rawls označuje jako „**přirozenou a sociální loterii**“.

Přirozená loterie se vztahuje k distribuci výhodných a nevýhodných vlastností po narození. **Sociální loterie** se týká rozdělení aktiv a pasiv skrze rodinu, školní systém, apod. Lidé si nezasluhují výhodné vlastnosti o nic více než si zasluhují ty nevýhodné.

Rawls používá pravidlo rovné příležitosti proto, aby se překonaly zvyhodňující podmínky, jimiž jsou např. talent či schopnost, i ty nezasloužené,

⁵⁴ / tamtéž, s.341.

⁵⁵ / tamtéž, s. 341.

⁵⁶ / tamtéž s. 343

např. genetická nemoc. Pravidlo žádá kompenzaci pro ty, kdo mají tato znevýhodnění. Cílem je přeměnit nerovné rozdělení, jež se vytváří nezaslouženými vlastnostmi tak, aby vznikla větší rovnost. Podle Rawlse tato cesta vede ke spravedlivé koncepci. Tyto závěry jsou výzvou.

Rozdělení zdravotní péče na základě genderu a rasy

Pravidlo rovné příležitosti vylučuje politiku, jež by diskriminovala ženy a rasové skupiny. V USA např. existuje větší počet mužů bílé rasy, oproti černochům a ženám, indikovaných pro operace srdce arteriálním a koronárním bypasem. Zůstává nejasné, nakolik se tyto počty mohou vysvětlit alokací lékařů, chudobou, informovaností, rasovými předsudky, menší ochotou černochů a žen výkon podstoupit.

Některé studie ukazují, že ženy navštěvují lékaře častěji než muži. Tyto **genderové nerovnosti** se objevují v následujících oblastech:

- a) diagnóza rakoviny plic,
- b) diagnóza a léčení srdečních nemocí,
- c) přístup k transplantaci ledvin.⁵⁷

Právo na minimální zdravotní péči (decent minimum)

Víme, že otázky k tématu dosažení adekvátní zdravotní péče vytváří spory v národní zdravotní politice, především u podílu vzácných zdrojů. Otázky spravedlivé alokace se opakují i v distribuci zdravotního pojištění, nákladovosti zdravotního vybavení, umělých orgánů apod.

Několik argumentů podporuje závěr, že morálně kvalitní společnost by měla zajistit přístup k základní úrovni zdravotní péče. Platby v rovnostářském

⁵⁷ / tamtéž , s.345-346.

systemu budou spravedlivější k těm, kteří jsou ochotní spolupracovat a jsou sociálně výkonní.⁵⁸

5.3 Rozsah práva na zdravotní péči

Bez ohledu na názory libertariánů a ostatních, mají širokou podporu následující dvě práva:

1. právo na rovný přístup ke zdravotní péči,
2. právo na „decent minimum“ zdravotní péče.

Tato dvě práva kladou nejpodstatnější otázky, jak specifikovat jejich oprávněnost a omezení a jak je uvést v zákoně o zdravotní péči. První pohled představuje perspektivu rovného přístupu ke všem zdrojům zdravotní péče „bona fide“.

Právo na **decent minimum** (slušné, základní) zahrnuje slabší rovnostářské hledisko. To znamená, že „právo na přístup“ by nemuselo mít za následek nutně to, že systém musí péči rovnocenně rozdělovat. To upřednostňují libertariáni. Jediným požadavkem je, aby byla lidé dostali rovnou příležitost k dobrému přístupu.

Ti, kdo propagují právo na *decent minimum* nebo na přístup k adekvátnímu stupni péče, obvykle neupřesňují, jak nastavit limitní výdaje na zdravotní péči. Společenský závazek může být splněn na různých stupních. Požadavek na *decent minimum* by se přibližoval následujícímu obsahu:

- 1) zákonné (vynucené) sociální pokrytí základních a akutních zdravotních potřeb,
- 2) současné dobrovolné soukromé pokrytí dalších potřeb a přání.

První bod se týká přerozdělování na základě potřeb, jež se odrážejí v rovném, univerzálním přístupu k základním službám.

Jedná se o *decent minimum*, (slušnou) **standardní péči**, nikoliv „**optimální péči**“. Tento přístup vyjadřuje určitý kompromis mezi všemi základ-

⁵⁸ /tamtéž, s. 348.

ními směry, liší se pouze důrazem na ten či onen morální zájem příslušných teorií. **Zaručuje základní péči pro všechny na základě rovného přístupu**, zatímco dovoluje některé nerovnosti v nadstandardu. Směšuje soukromé a veřejné formy přerozdělování a podporuje kolektivní tržní metody zdravotní péče.

Decent minimum má i jisté problémy v uskutečnění. Problém, zda společnost může slušně, celistvě a jednoznačně zařídit veřejné pojištění, které zohledňuje právo starat se o primární potřeby, aniž by vyvolávalo pocit práva na zvláštní a drahé formy léčby (např. transplantace apod.). Je důležité, aby stát pevně definoval, co přesně je „**decent minimum**“.⁵⁹

Pozbytí práva na zdravotní péči

Otázka je, zda jedinec ztrácí právo na zdravotní péči svým jednáním, jež mělo za následek poškození zdraví, tedy v případě nezodpovědného chování.

Je třeba určit několik podmínek, za nichž by měli „rizikovní pacienti“ přístup k *decent minimum*. Nejprve se musí rozlišit různé příčinné faktory nemocnosti, např. přirozené příčiny, sociální a osobní aktivity. Poté se musí potvrdit, že onemocnění vzniklo spíše důsledkem osobní aktivity, než z jiné příčiny. Také se musí prokázat, že jedinec jednal autonomně podle svého rozhodnutí a byl si vědom rizika.

V mnoha případech je nelze izolovat příčinné faktory nemoci. Potřeba zdravotní péče je důsledkem kombinace genetických predispozic, osobních aktivit, sociálních podmínek a kontextu celého prostředí. Odepření práva na zdravotní péči by bylo nespravedlivé, pokud se daná osoba nemohla chovat jinak, nebo se mohla chovat jinak jen s velkými obtížemi. Důležitý je problém pojištění. Podstatným problémem je pozbytí práva na zdravotní péči, zvyšování nákladů, ale i prevence rizik.

⁵⁹ / tamtéž, s.348-351.

Veřejné mínění např. v USA naznačuje, že Američané upřednostňují zvýšenou alkoholovou nebo tabákovou daň na podporu zdravotního systému. Toto opatření přiměřeně redistribuuje zátěž zdravotního systému a zároveň může odvrátit rizikové chování, aniž by muselo docházet k de-respektu nebo ztrátě autonomie.

Otázka individuální zodpovědnosti vzhledem k **alokaci** zdravotní péče se vyostřuje např. u alkoholiků, kteří potřebují transplantaci jater. V transplantačních společnostech panuje shoda, že by takví pacienti neměli být zcela vyloučeni z transplantačního programu. Měli by být posuzováni případ od případu individuálně. Některá kritéria jsou taková, že **jedinec může dostat nižší prioritu**, pokud jako pacient:

- a) nedbá na medikaci (imunosupresiva) a z toho důvodu transplantace selhává; pak by nebylo nespravedlivé dát mu nižší prioritu pro druhou transplantaci, nebo ji zcela odmítnout;
- b) příjemce selhává ve vyhledávání efektivní léčby alkoholismu a podporuje rozvoj ESLF (end-stage-liver-failure).

Individuální zodpovědnost je zde v rámci spravedlnosti každopádně podstatná.

Pozn.: Stomatolog nemůže tyto problémy řešit sám o sobě, ale týmově a týká se otázka, jak pacient přistoupí k navrženému léčebnému postupu v ústech, což je též jedna ze součástí celého procesu léčby.

5.4 Alokace zdrojů zdravotní péče

Alokovat znamená rozdělovat prostřednictvím přidělů (nepředpokládá osobu ani systém, který by je rozděloval).

Makroalokační rozhodování se týká zásobování, vhodných statků a metod distribuce.

Mikroalokační rozhodování se týká osob, jež budou příjemci vzácného zdroje.

Oba aspekty se liší, ale často jsou v interakci.

Norman Daniels tvrdí, že rozsah péče závisí na těchto rozhodnutích:

1. Jaké typy služeb zdravotní péče budou existovat ve společnosti?
2. Kdo je přijme a na jakém základě?
3. Kdo je bude dodávat?
4. Jak se bude rozdělovat finanční zátěž?
5. Jak se bude rozdělovat moc a kontrola nad těmito službami?

Tato rozhodnutí určují, kolik zdravotní péče alokovat a komu, jaké druhy zdravotní péče poskytovat a v jakých situacích.⁶⁰

1. **Alokace souhrnného sociálního rozpočtu**

- Pokud by společnost nerozdala dostatek prostředků na zajištění alespoň základní zdravotní péče, nebyl by systém spravedlivý.
- Musí je zabezpečit alespoň *decent minimum* zdravotní péče, jako předpoklad přidělování financí na některé zákroky, např. hrazení transplantace srdce (či nikoliv).

2. **Alokace zdravotního rozpočtu**

Zdravotní politika a programy se zaměřují na prevenci, tj. dodržování bezpečnosti práce, ochranu životního prostředí, prevenci zranění, toxikologii, práva spotřebitelů. Vyvstává mnoho otázek k volbě strategie.⁶¹ Někteří říkají, že pouhé zlepšování lékařské péče není nejvhodnější vol-

⁶⁰ / tamtéž, s. 362.

⁶¹ / tamtéž, s. 363.

bou pro zlepšování zdraví jedinců vzhledem k bydlení, hygieně a životnímu stylu.

3. **Alokace na zdravotní péči uvnitř rozpočtu**

Celkové financování zdravotní péče určuje rozpočet, ale musí je ještě rozdělit finance uvnitř rozpočtu.

Rozhodující je, co je prioritou financování – zda prevence nebo zdravotní péče.

Vláda může rozhodnout, zda se péče soustředí na prevenci onemocnění srdce nebo na záchranu pacientů transplantacemi. Často je prevence mnohem efektivnější vzhledem k počtu zachráněných životů, snížení utrpení, zlepšení zdraví občanů a snížení nákladů.

Vakcína proti obrně a preventivní stomatologie jsou příkladem úspěchu preventivní péče. Tyto modely nefungují např. u selhávání ledvin, srdce apod. Jak zvolit správně spojení strategií prevence a léčby? Zá-

le-
ží na znalostech příčinných propojení např. mezi nemocí a prostředím a chováním jedince. U selhávání některých orgánů (srdce) nelze dobře zacílit, protože u mnoha postižených existuje více důvodů, jež mohou způsobit selhávání těchto orgánů. **Prevence je „levnější“** než zdravotní péče.

Určit, které kategorie zranění a nemocí stanovit jako prioritní, je důležitou otázkou v oblasti alokace financí.

Při snaze určovat priority léčby by se měly být zkoumat jednotlivé nemoci z hledisek jako jsou nakažlivost, přenosnost, častost výskytu, náklady spojené s bolestí a utrpením a vliv na délku a kvalitu života.

Munzarová, M. ve své publikaci :Zdravotnická etika od A až do Z zdůrazňuje, že:

„Princip spravedlnosti má souvislost především s rozdělováním prostředků, prospěchu i zátěže a služeb. Jsou dvě hlavní formy uplatňování tohoto principu: buď pomocí srovnávání potřeb jednotlivců nebo skupin lidí v případě omezených zdrojů, nebo na základě určitého klíče bez komparace.“⁶²

Nerovnost přístupů ke zdravotní péči a pojištění v kombinaci se strmým navýšením nákladů na zdravotní péči a pojištění vyvolává diskuzi o sociální spravedlnosti v zemích Evropy i v zámoří, především v USA. Jedná se o vážný morální problém. Co znamená spravedlnost v rozdělování zdravotní péče při poskytování řešení v nemoci a úrazu?

Autoři nabádají ke sblížení cílů jako jsou :

- svoboda výběru zdravotní péče,
- rovný přístup ke zdravotní péči,
- podpora zdraví,
- tržní ekonomika,
- sociální zdatnost,
- dobročinný stát.

Ve **stomatologii**, tak jako v jiných oborech medicíny, lze tvrdit, že obojí je důležité – jak preventivní programy, tak zdravotní péče:

Prevence ve stomatologii:

- vyhledávání tumorů, zabránění recidivám i včasná léčba recidiv, především rakoviny,
- prevence zubních kazů u dětí a dospívajících,
- prevence – vyhledávání včasných forem onemocnění dásní,...
- včasná prevence a léčba ortodontických vad, což by se svých důsledcích, při dodržení prevence vedlo k umenšení FOI.

⁶² / citace: Munzarová, M.: *Zdravotnická etika od A do Z*, Praha, Grada Publishing, 1. vydání, 2005, s.44.

Řešení je v určení základního (decent) minima a nadstandardních výkonů, jež hradí pacient nad rámec zdravotního pojištění (příkladem je nahrazení ztracených zubů zubními implantáty).

4. Poskytování vzácné léčby pacientům

Existují vysoké až bezlimitní potřeby lékařské péče, ale každý zdravotnický systém má svá omezení, a ne každý pacient může dostat potřebnou léčbu. Mnohé z medicinských zdrojů a postupů, jako je např. penicilin, inzulin, dialýza ledvin, transplantace srdce, či místa na JIP jsou určeny pro specifické skupiny pacientů. Tato opatření jsou ještě složitější, pokud choroba ohrožuje život a nadstandardní léčba může život zachránit.

Otázka zní, kdo bude žít, když nemůže žít každý? Takové rozhodnutí se řeší, např. v různých státech, různými způsoby, včetně pořadníků a omezujících kritérií.

V současné době v biomedicínské etice rozlišujeme alokační rozhodnutí pod označením „**přidělování**“, jež má tři hlavní významy:

- První je úzce spojen s odepřením péče z důvodů nedostatku zdrojů (vychází z tržní ekonomiky, kde všechny typy zboží a statků, včetně zdravotní péče, jsou do určité míry poskytovány nebo přidělovány podle platební schopnosti.
- Druhý vzešel ze **sociální politiky**. Vláda nastavuje výši přidělu kterou nelze překročit, i když má pacient dostatek financí pro nadstandard.
- Třetí, kdy vláda stanovuje maximální výši poskytované péče, ale pacient, který má více finančních prostředků, může získat více, neboli nadstandard. Je to spojení výše uvedených významů.⁶³

⁶³ / převzato a přeloženo : BEAUCHAMP,T.L.,CHILDRESS, J.F. : *Principles of Biomedical Ethics*.Oxford: Oxford University Press, 1994,s. 364-366..

Tři úvahy vzhledem k morálním aspektům

1. Přidělování pomoci priorit v rozpočtu zdravotnictví

Např. ve státě Oregon v USA byl v 90. letech minulého století stanoven seznam od nejdůležitějších postupů po nejméně důležité, postupně byl seznam zredukován na 709 lékařských postupů, ustoupilo se od sledování poměru ceny vůči efektivitě léčby a hlavním kritériem zůstala **kvalita** života pacientů po prodělané léčbě.

Systém se soustředí na to, jaká je kvalita života pacienta v daném okamžiku po léčbě, jaká léčba změní kvalitu života průměrného pacienta. Ani invalidní pacienti nejsou znevýhodňováni – mají stejnou pozici jako relativně zdraví jedinci. Systém je postaven jako záruka, aby ani velmi nemocní nebyli diskriminováni.

Příznivci tohoto systému tvrdí, že pouze takovou přímostí a vyloučením určitých forem léčby (při obětování drahých operací, jež jsou prospěšné jen několika málo pacientům, aby tak mohl být poskytován minimální stupeň zdravotní péče všem občanům), může stát dosáhnout spravedlivého systému. Někteří kritici říkají, že „oregonský systém“, je nespravedlivý, neboť někteří pacienti jsou zvýhodňováni oproti jiným pacientům, kteří mají potřebu stejné léčby.

Podle Normana Danielse spravedlnost plánu souvisí s tím, zda mohou být nedostatky dorovnány alternativami.⁶⁴

2. Rozdělování založené na věku

Tento systém se zaměřuje na vylučování služeb podle zvláštních věkových skupin (na rozdíl od výše zmíněného vylučování různých služeb ve státě Oregon).

⁶⁴ / tamtéž, s. 367-369.

Věk se považuje za indikátor pravděpodobnosti záchrany u většiny operací. A to se týká i různých forem transplantací. Určení pravděpodobnosti úspěchu zahrnuje také délku života, jež se očekává po přijetí orgánu. Ta se liší podle věku, u starších pacientů je obvykle kratší.

Norman Daniels prosazuje, aby se na **věk** pohlíželo odlišně, než na rasu a gender – v rámci alokace zdravotní péče. Opírá se o teorii spravedlnosti – „spravedlivé“ rovnosti příležitostí (*theory of fair equality of opportunity*, Rawls). Každá věková skupina reprezentuje určité období v rámci osobního životního rozpětí. Danielsova teorie alokace zdrojů je založena na přihlížení k těmto obdobím života v rámci sociálního systému, který poskytuje „fair lifetime share“ – spravedlivý podíl na životním období – zdravotní péče každého občana. Posouvá ve prospěch léčení mladších osob zdroje, jež se jinak mohly spotřebovat na prodlužování života ve stáří, čímž nemaximalizuje šanci každého jednotlivce na normálním životní rozpětí.

Podle tohoto názoru není spravedlivé, jestliže zdravotní politika léčí mladé a staré odlišně za předpokladu, že je každá osoba v průběhu života léčena stejným způsobem. Pokud vezmeme v úvahu situace nouze a vzácnost zdrojů, podíly založené na věku se zdají být morálně ospravedlivitelné.

Daniel Callahan nabízí pohled z jiné perspektivy. Tvrdí, že společnost by měla zaručovat *decent a basic care* pro všechny jedince, ale ne se neomezeně snažit přemáhat nemoc a smrt. Hrozí zde konflikt generací. Vznikly by pak situace, kdyby si senioři každé nastupující generace stěžovali, že nebudou mít přístup k novým technologiím, jež byly vyvinuty (často z jejich daní).

Tyto stížnosti by existovaly od začátku alokace založené na věku a trvaly by dokud bude existovat technologický vývoj. Rozdělení technologií, prodlužujících život by podstatně neušetřilo zdroje. Částečně proto, že opat-

ření , zahrnující dlouhodobou péči a s tím spojené služby jsou drahá a nemohou se vždy přesně odlišit od péče, jež prodlužuje život.⁶⁵

3. Alokace transplantací srdce

Jedná se spíše o vylučování konkrétních jedinců (ze zdravotní péče). Od roku 1980 vzrostl počet transplantací. Doporučení srdečních transplantací a všech ostatních nákladných terapií se musí posuzovat v širším kontextu sociální politiky a makroalokace.

Potřeba souvislého a soudržného systému

Zdravotnický systém zlepšení užitečnosti (výkonnosti) a spravedlnosti. I když spravedlnost a užitečnost jsou často líčeny jako protichůdné hodnoty, oběma je třeba dát prioritu. Vytvoření výkonného systému s redukováním nákladů a poskytnutí přiměřených motivů může být v konfliktu s cíli univerzálního pokrytí (stejně dobře jako cíle založené na autonomii – informovaný souhlas) a může systém činit nevýkonným. Měla by pak být zdravotní péče navrhována z pohledu spravedlnosti a užitečnosti?

Primární plánování musí zahrnovat tyto aspekty:

- a) **Volný přístup k *decent minimum*** zdravotní péče skrz některou z forem pojištění (tyto formy budou mnohvrstvé – pluralistické, ale některé citlivější oblasti budou pojištěny veřejnými poskytovateli).
- b) Změna motivačního systému vzhledem k lékařům i pacientům, tak aby pacienti i lékaři shledávali jako optimální péči o pacienty péči individuální, a to záleží na alokaci služeb. Uživatelé se lépe potřebují seznámit s náklady a jejich alternativami.
- c) Vytvoření spravedlivého systému přidělování, který nebude ohrožovat standardy slušného (*decent*) minima.
- d) Zajistit, aby nebyly rozvráceny základní instituce, které financují a dodávají zdravotní péči.

⁶⁵ / tamtéž, s. 372 .

Návrhy lze shrnout do dvou celků:

- 1) jednotné systémy (unified systems)
- 2) pluralitní systémy (pluralist systems)

Jednotný systém primárně znamená rovnostářskou spravedlnost s důrazem na užitečnost v druhé řadě. Pluralitní systém upřednostňuje primárně užitečnosti (výkonnosti a širokého pokrytí).⁶⁶

Unifikované systémy (unified systems)

Unifikovaný přístup se často demonstruje na modelech ve Velké Británii, Kanadě či skandinávských zemích. Všichni občané jsou kryti jednotným národním systémem bez ohledu na věk, zdravotní stav, lékařské podmínky nebo postavení v zaměstnání. Pouze zákon poskytuje univerzální pokrytí a může poskytnout a zvyšovat výdaje na zdravotní péči v rozsahu HDP.

Je pochybné, zda se tak dá redukovat plýtvání a zda je systém vůbec schopen vytvořit motivaci k tomu, aby se plýtvání redukovalo, jestliže musí organizovat výkonnost a řídit dodávky péče.

Pluralistické systémy (pluralist systems)

Zahrnují pluralitní systém financování zdravotní péče.

To znamená přidělování nadstandardní (vzácné) péče čili mikroalokace, kdy vzácný lékařský zdroj (transplantát – orgán) je dostupný jen někomu, a nebude poskytnut mnoha dalším lidem. Při posuzování rozhodují prioritní programy, podle nichž se často vybírají urgentní vyjimečné případy. Zde by se mělo rozhodovat podle norem a práv na zdravotní péči s důrazem na morální normy. Existují rámcově dva přístupy: utilitaristická strategie a rovnostářská.

⁶⁶ /tamtéž, s. 376.

Důležité standardy a procedurální pravidla

Musíme rozlišovat mezi procedurami a výstupy. Často je nemožné zaručit spravedlivé výstupy. Je morálně podstatné, aby procedura byla sama o sobě spravedlivá. Je proto třeba zajistit spravedlivý výběr pacientů, u nichž se rozhoduje o nadstandardu.

Kdo by měl rozhodnout a podle jakých kritérií? Obhajitelný systém výběru je ze dvou základních stupňů standardů.

1. Kritéria a procedury pro určení potencionálních příjemců (např. adepty na transplantaci srdce obecně).
2. Kritéria a procedury pro finální výběr (např. těch, kteří by měli obdržet konkrétní srdce).

Zde soudíme také na žebříček hodnot podle Ozar- Sokola, kde na vrcholu hodnot stojí zachování života a shoduje se s potřebou pacienta.

Obecně je snazší zajistit shodu s bodem 1, než finální výběr. Vyřešit bod 1 zahrnuje spíše medicínská kritéria, bod 2 i ostatní a je komplexnější.

Kategorie pro rozhodování ze tří základní hledisek (podle Nicholase Reschera :

- a) konkrétní oblast,
- b) vědecký pokrok,
- c) vyhlídka na úspěch.⁶⁷

Konkrétní oblast se týká hlavně **geografických hranic** adeptů, **platební schopnosti** (např. v USA).

Kritérium místa je chabým systémem pro spravedlnost. Některé lokality mají dostatek orgánů, některé ne. Jedna z možností je oddělit adepty procentuálně – např. 10 % čekatelů na určitý orgán z jiné lokality.

⁶⁷/ tamtéž, s. 380.

Vědecký pokrok je podstatný, záleží na medicínských kritériích. **Kritéria** důležitá pro výběr pacientů je potřeba **přehodnocovat během léčby** ve stomatologii .

Vyhlídka na úspěch

Vzácné zdroje je možné poskytovat těm, kteří mají naději na úspěch. Kdybychom tento fakt ignorovali, bylo by to plýtvání zdroji (např. orgány, které lze transplantovat pouze jednou). Klasifikace systémů čekatelů není správná, protože zohledňuje pořadí, ale ne stav pacienta.

Někteří soudí, že je třeba vyloučit kritéria jako je rasa, gender, ale nelze vyloučit **věk, životní styl a podpůrnou sociální síť** (hlavně rodina a její vliv na pooperační péči, na přijetí orgánu). Ale společnost by měla spíše vyhledat alternativní systémy, než kvůli nevhodným rodinným poměrům vyloučit adepta na transplantaci (zde je převaha medicínské potřeby).

Příklad kritérií medicínské užitečnosti: dítě je lepší kandidát z hlediska úspěšnosti, kdyby se bralo v úvahu sociální hledisko (rozvedení rodiče), zakrývalo by to důležitá medicínská kritéria.

Vyloučit nelze ani jednu formu užitečnosti. Posouzení **medicínské potřeby a pravděpodobnosti na úspěch** se týkají určitých **hodnot** ve stomatologii!

Výběr pacienta pro operaci vyžaduje podrobnou prohlídku, aby se zjistilo, že hodnoty jsou obhajitelné.

Tato problematika pokračuje otázkami:

Co se bude považovat za úspěch při transplantaci orgánů? Trvanlivost nového orgánu? Délka života, kvalita života, rehabilitace?⁶⁸

Finální výběr pacientů

Diskuse se zaměřuje na:

- **medicínskou užitečnost,**

⁶⁸ / tamtéž, s. 380-381.

- **sociální užitečnost,**
- další **neosobní mechanismy** – čekací listina na určitou loterii atp.

Všechna centra posuzují **medicínská kritéria**. Rozdíly v potřebách pacientů a jejich výsledky jsou podstatné. Výběr by měl být takový, aby se za použití dostupných zdrojů zachránilo co nejvíce životů . Medicínská užitečnost vede efektivním způsobem k neplýtvání.

Neosobní mechanismy (čekací listiny) – jsou ospravedlňovány úvahami o rovnosti a rovných příležitostech. Pokud jsou medicínské zdroje vzácné a nedají se dělit na určité porce, je úvaha o neosobních mechanismech (náhodných výběrech) na místě.⁶⁹

Pacienti jsou vybírání náhodně, nesoutěží spolu, nejsou posuzováni a odpadá jejich stres. Pokud vnímáme náhodné metody jako spravedlivé, ve finále je zde větší shoda spravedlnosti výstupů. Problém zde však je, že někteří pacienti se do loterie nezařadí včas. Zdá se, že tento proces v praxi probíhá zejména u akutních případů nebo osob čekajících na orgán (nedostatečná rychlost ve vyhledání pomoci, neadekvátní pozornost odborníků atd.).

Sociální užitečnost

Jedná se o nejkontroverznější kritérium. Pokud jsou společenské hodnoty srovnatelné, nemusí tomu tak být. Zohledňuje budoucí pravděpodobný přínos pacientů. Do jednoho člověka se vkládá vzácný zdroj a od něj se očekává, že vklad nějakým způsobem vrátí (podle Nicholase Reschera).

Někteří tvrdí, že je třeba chránit důvěru ve vztahu lékař – pacient a že, kdyby dal lékař více na potřeby společnosti než na potřeby pacienta, byl by

⁶⁹ /tamtéž, s. 383.

tento vztah ohrožen. Dále hrozí redukce jedinců na jejich sociální role a funkce, narušení respektu k lidem a odmítnutí *fair equality of opportunity*.

Triage

Triage znamená v překladu z francouzštiny „třídění“, „sbírání“, „vybírání“. V oblasti zdravotní péče bývá aplikována ve válce, při neštěstích a v naléhavých případech, které opravňují jedince, aby byli zařazeni do výběru podle jejich potřeb a nadějí. Ve všech případech objektivita podléhá možným lékařským zdrojům, jak jen to je možné. Tradiční, ale i současná charakteristika „triage“ je v tzv. **utilitaristickém maximu** – „*Dělej co největší dobro pro co největší počty*“.⁷⁰

Rozhodnutí vzhledem k triage často apelují na medicínskou užitečnost více než na užitečnost sociální, pokud se má jednat o maximální užitečnost výdajů.

Kupříkladu oběti neštěstí jsou nejčastěji tříděny podle medicínských potřeb. Ti, kdo mají nejvíce zranění a pouze mohou být zachráněni pouze s lékařskou pomocí, bývají první v pořadí. Ti, kdo mají zranění bez závažnějšího zdravotního ohrožení jsou druhořadí, jejich léčení se může odložit.

V některých případech je rozhodování podle srovnatelné sociální hodnoty nevyhnutelné. Představme si, že např. při zemětřesení přežijí určití zdravotničtí pracovníci, kteří mají jen malá zranění. Mají **v určitém kontextu priorit v léčení**, neboť mohou pomoci ostatním. Podobně v případě infekční nemoci je oprávněné nejdříve pomoci lékařům jako prvním.

Dovolte mi, abych v této části práce připomněla významného světového bioetika prof. Daniela Callahana, PhD., který mě zaujal svými trendy k přístupu k otázce distributivní spravedlnosti a alokaci zdrojů ve zdravotnictví a jejich návrhem řešení.

Daniel Callahan je světově proslulým odborníkem na lékařskou etiku a od roku 1996 hostujícím profesorem na 1. lékařské fakultě Univerzity Kar-

⁷⁰ / citace,; tamtéž s.385.

lovy v Praze. Významně přispěl také k rozvoji etiky v českém zdravotnictví. Má tento náhled na současný stav ve zdravotnictví a ve své přednášce klade tyto základní otázky:

„Pokrok v lékařství: oč se máme snažit a co máme omezovat?“⁷¹

Nic není v současnosti častější než diskuze o potřebě reformy zdravotnictví. Téměř vždy se požadavek na reformu soustředí na náklady na adekvátní péči a na způsob jejich ovlivňování i řízení. A zdá se, že nic z toho nemá dlouhé trvání, z části jsou příčiny politické, jež spočívají ve střídání politických stran, které sledují různé doktríny a snaží se je aplikovat, ale fundamentálnější důvod spočívá v povaze moderní medicíny a toho, že společnost se musí vyrovnat s demografickou scénou.

- 1) Jedním z důvodů napětí je to, že populace stárne, což se týká všech vyspělých západních zemí. Nyní pacienti věku nad 65 let spotřebují ve zdravotnictví, podle odhadů, zhruba 4x tolik, než zbytek obyvatel a předpokládá se, že toto číslo bude se stárnutím populace růst.
- 2) Dalším důvodem je přetrvávající zavádění nových a často dražších technologií s důrazem na nová zařízení či léky.
- 3) Konečně posledním důvodem je přibývajícím veřejná poptávka po dobré či stále lepší zdravotní péči. Lidé moderní doby očekávají stálý pokrok medicíny a zdravotnictví. To co bylo adekvátní péčí před desítkami let, se již za adekvátní nepovažuje. A přesně z těchto důvodů jsou podle prof. Daniela Callahana inovace technologií klíčové. Myšlenka lékařského pokroku je relativně nová. Před 2500 lety za Hippokratových časů byla medicíně tato myšlenka vzdálená. Tento stav trval až do středověku. K obrovské změně přístupu došlo díky tomu, že Francis Bacon nebo René Descartes začali uvažovat poněkud jinak: měli za to, že vědu lze zapojit do zkoumání biologie a boje s chorobami. Trvalo ale stovky let, než se

⁷¹ /převzato a citováno za přednášky D.Callahana , přednesené u příležitosti jemu udíleného čestného doktorátu UK v Praze, v Karolinu, dne 28.5.2008.

takto uvažované věci staly skutečností. V druhé polovině devatenáctého století se medicína překonávala ve svých objevech a jejich aplikacích v klinické praxi. Četnost úmrtí začala klesat a průměrná délka života se prodlužovala, přičemž svoji roli hrálo veřejné zdravotnictví s důrazem na dietu, hygienu a čistší ovzduší a vodu. V druhé polovině dvacátého století byla myšlenka pokroku díky vědeckému výzkumu a možnosti stálých inovací technologie zcela běžná.

V 70. letech 20. století se starost o rostoucí náklady za zdravotní péči stala tématem každé vlády. Rozvrhy nákladů na zdravotní péči v budoucnosti jsou všude zdrojem obav. Odhady v USA říkají, že 40–50 % růstu nákladů lze přičíst na vrub technologického vlivu, a v Evropě bude odhadem toto číslo možná i vyšší. Jistě nebude dále možné, aby systémy zdravotní péče v rozvinutých zemích pokračovaly v této cestě. Další **zvyšování výdajů** ve zdravotnictví **bez omezení je neudržitelné**, přičemž hlavní hrozbou pro eskalaci nákladů je myšlenka rovného přístupu ke zdravotní péči, což většina evropských zemích uskutečnila v posledních desetiletích.

Mírnější hrozbou je přetrvávající zákonodárství, které se týká zdravotní péče a jejího přerozdělování (rationing) prostředků, seznamy na čekacích listinách nebo obecná nespokojenost s poskytovanou péčí. Existují rozmanité snahy o reformu, jako je podpora zavádění příplatků (co-payments) a spoluúčastí (deductibles), privatizace části zdravotního systému a dlouhé čekací listiny na výběrové chirurgické zákroky či další formy neurgentní péče, práce s vědeckými poznatky (evidence based medicine), sloužící k určení efektivní péče a různé podoby rozdělování (rationing), víceméně nikoliv obecně přijaté. Tyto snahy jsou cenné, ale nebudou fungovat o nic lépe v budoucnosti, než doposud.

Potřebujeme něco, co lze pojmenovat jako **udržitelná (sustainable) medicína**, tj. rozvrh medicíny a zdravotní péče takový, který se zaměří na:

- a) rovnost pro všechny,
- b) únosnost pro zdravotní systémy,

c) obojí v dlouhodobém plánu (ne krátkodobém).

V současné době není takový systém v žádné zemi. Stávající pokrok v lékařství zatěžuje výdaje, také stárnoucí populace, což dává záruku, že takový pokrok udržitelný nebude. Z toho plyne, že je zde hrozba pro všeobecnou zdravotní péči a dostupné léčení. Když není medicína dostupná, tak nemůže být rovným způsobem rozdělována.

Myšlenka vývoje pokroku a medicíny bez hranic překračuje překročení hranice a představu nelze zaplatit omezenými penězi. Z těchto důvodů bychom se na pokrok mohli dívat jinak – tak, aby se v něm dalo pokračovat dlouhodobě a měli k němu přístup všichni, a to představuje model „**konečné medicíny a zdravotní péče**“. Nejde zde o překonání stárnutí, chorob, ale o potlačení chorob ve starším věku a bránění předčasné smrti, s jistou kvalitou zdraví.

Tato myšlenka „konečného lékařství“ by měla vést k tomu, že by se medicína posunula významně směrem k **výzkumu** a zdravotní péče k **ochraně zdraví a prevenci** chorob. Řešení všech souvisejících otázek ještě neznáme, ale nemůžeme pokračovat v poskytování stále dražší medicíny každému, budované na moderních technologiích.

- 1) Budeme muset vědět, jak **zabránit nadužívání technologií** a bránit se tomu, abychom je tolik nežádali.
- 2) Budeme muset najít správné **nástroje ke srovnání výdajů** na zdravotní péči a výdajů na další sociální záležitosti, jako je vzdělání, vytváření pracovních míst a ochrana životního prostředí.
- 3) Veřejnost také musí vzít na vědomí, že (rationing) rozdělování bude v každém systému vždy klíčové. Žádný systém nemůže každému poskytnout všechno, co potřebuje pro své zdraví. A toto by se mělo diskutovat veřejně.
- 4) Je rovněž nutné souběžně vyhodnotit technologie **předtím, než budou uvedeny do praxe**. *Evidence based medicine* = (medicína budovaná na vědeckých poznacích) bude třeba aplikovat jako nástroj k řízení nákladů.

Běžně se užívá k měření efektivity diagnostických a terapeutických postupů a bude nutné ho využívat i k vyhodnocování ekonomického dopadu a tak, aby byl prováděn samotnými výrobci technologií a léků. Dopusud jsou výrobci povinni vyhodnocovat léky, co do jejich účinnosti a bezpečnosti. Nad těmito procesy musí mít vláda kontrolu. Když technologie nepřinese významný vzrůst nákladů, vláda by rozhodla o jejím schválení (a uhrazení).

- 5) Medicína bude muset změnit způsob myšlení a zaujmout jiný přístup ke stárnutí a smrti. Obvykle se má za to, že každá choroba má být léčena a stárnutí je také fenomén choroby a je to stav. Požadavek zemřít má jen málo lidí a také vzácně chtějí lidé přijmout stáří.

Medicína by se měla spíše soustředit na **kvalitu života**, než na jeho délku.

Někdy se stává, že medicína udržuje lidi při životě příliš dlouhou dobu za pomoci technologie, přitom tato léčba přináší hodně **bolesti se skrovným ziskem**.

Současnost nabízí udržování životů mnoho let s přítomností choroby. Žijeme sice déle, ale zatížení chronickými chorobami. Rozhodně nejde o to pokrok zastavit, ale zajímat se o to, kudy se ubírá. Navzdory všemu i investicím do boje se stárnutím smrt vždy zvítězí. Současný směr s nákladnými technologiemi není udržitelný.

Měli bychom být více uvážliví a rozumnější v budoucnosti s chápáním zdravotní péče co se týká výdajů i očekávání.

Autor přednášky zakončuje dvěma stěžejními otázkami:

„**Oč se máme snažit a co máme omezovat?**“

Měli bychom se **snažit**:

- o přechod z mládí do stáří a nikoliv o „život bez konce“,
- o pěstování dobrého zdraví u našich dětí,
- o život co nejzdravější, co se týká jídla, váhy, kouření, pití, pravidelného cvičení,

- omezovat návštěvy u lékaře, (lékaři mají často za úkol najít poruchu a když jim dáme příležitost, určitě něco najdou),
- abychom v případě onemocnění nečekali zázraky od lékařů, ani že nás udrží naživu díky nejdražším technologiím,
- aby systém zdravotnictví přistupoval ke každému stejně a rozděloval péči rovným způsobem pro všechny,
- aby společnost poskytovala každému přiměřené vzdělání, tak aby si našel práci a aby se s každým zacházelo čestně (fairly), aby se mu v případě chudoby dostalo přiměřené péče. Zdravá společnost potřebuje zdravé jedince spíše, než perfektní systém zdravotní péče, dodává autor Daniel Callahan.

Omezit bychom měli:

- pošetilou snahu stále podporovat očekávání dlouhého života,
- snahu najít lékařské řízení všech problémů pomocí léků nebo rozvojem tělesné schránky,
- snahu získat další technologie a nechat je jen pro ty, u kterých přinášejí prokazatelný prospěch za dosažitelnou cenu,
- touhu po utopistických myšlenkách – děti podle našich představ, prodlužování života za průměrnou délku, léky, které nás zbaví přirozeného utrpení, případně smutku,
- vědeckou snahu, lékařskou nebo komerční, se pacientům nabízet s tím, že není nic důležitějšího než lepší zdraví.

Pokrok je třeba chápat vždy v kontextu s dalšími společenskými potřebami jako jsou důležité věci pro život – strava, zaměstnání, ubytování, ekonomická bezpečnost, národní obrana, ochrana životního prostředí.

„Zdraví je významná hodnota a zdravotní péče je významná společenská povinnost.“⁷²

⁷² / citováno z přednášky, tamtéž ,28.5. 2008.

Z přednášky vyplynulo, že se zde jedná o konflikt hodnot: 1. potřeby jednotlivce na adekvátní zdravotní péči a 2. efektivitou použitých prostředků (nákladů a cen).

Významné jsou také reálné faktory : a. potřeba zdravotní péče u staré generace, tj. míněno od 65-ti let věku výše je několikanásobně vyšší, než u mladé generace, b. zavádění velkého počtu stále přibývajících nových technologií, proto zde vznikla potřeba nejen přerozdělování /rationing/, ale vyvstala i potřeba tzv. udržitelné /sustainable/ medicíny.

Omezenými prostředky nelze dosáhnout rovnosti dostupné péče pro všechny a podle mého názoru se z těchto podstatných důvodů může měnit hierarchie etických hodnot v medicíně.

Jedním z řešení, které navrhl prof. Callahan, je zabránit nadužívání zdravotnických technologií/ musejí být předem zhodnoceny, než jsou povoleny vstoupit do medicínské praxe /.Další návrh byl: posunout medicínu více k výzkumu, který bude zaměřen na ochranu zdraví a prevenci chorob, a tímto se zaměřit více na kvalitu života !

Z téze práce je důvodné, že hodnoty nejsou stálé a v budoucnosti se bude jejich pořadí měnit !

Teorie spravedlnosti podle Rawlse

*Spravedlnost je první ctností společenských institucí,
(zrovna tak, jako pravda je první ctností systémů myšlenek).*

Každá osoba má nedotknutelná práva, založená na spravedlnosti, která jako celek není v rozporu s blahobytem společnosti. Ve spravedlivém státě

se proto svobody rovnoprávného občanství chápou, jako něco pevně daného, práva zajištěná spravedlností nejsou předmětem politického handrkování, ani kalkulem společenských zájmů.

Nespravedlnost lze tolerovat pouze tehdy, je-li nutno se vyvarovat **ještě větší nespravedlnosti!**

První ctností lidského chování je spravedlnost, jež nestrpí (tak jako pravda) žádné kompromisy.

Vycházíme z toho, že společnost je více či méně společenské sdružení osob, které ve svých vztazích uznávají určitá pravidla chování jako závazná a jež většinou jednají v souladu s nimi. Tato pravidla specifikují systém kooperace, jenž má napomáhat prospěchu jeho účastníků.

Je zde **identita zájmů**, neboť společenská kooperace umožňuje lepší život pro všechny, než život jaký by mohl prožívat, kdyby žil jen ze svého individuálního úsilí. Je tu **konflikt zájmů**, neboť osoby nejsou indiferentní k tomu, jak jsou rozděleny statky vyprodukované jejich spoluprací, tudíž k dosažení svých cílů dává každý přednost většímu podílu před menším.

K **výběru** mezi různými druhy **uspořádání**, jež určuje rozdělování statků, a uznání dohody o odpovídajících podílech je třeba nějakého souboru principů.

Těmito principy jsou principy **společenské spravedlnosti**.

Zajišťují, jak přizpůsobovat práva a povinnosti v základních institucích společnosti a vymezují přiměřené rozdělování plodů a břemen společenské kooperace.

Řekněme, že nějaká společnost je dobře uspořádána, není-li pouze zaměřena na to, aby přispívala k blahu svých členů, ale je-li také účinně regulována veřejným pojetím spravedlnosti. Jinak řečeno, je to společnost v níž:

- 1) každý uznává a ví, že ostatní uznávají, stejné principy spravedlnosti;
- 2) základní společenské instituce obecně splňují tyto principy, a je obecně známo, že je splňují.

Lidé s odlišnými představami spravedlnosti mohou stále ještě souhlasit s tím, že instituce jsou spravedlivé, jestliže se při určení základních práv a povinností nečiní žádné arbitrální rozdíly mezi lidmi a jestliže pravidla vymezují náležitou rovnováhu mezi soupeřícími nároky na blaho společenského života.

Určitá míra souladu v koncepcích spravedlnosti není však jediným předpokladem životaschopné lidské komunity. Jsou zde i základní společenské problémy, zvláště problémy koordinace, efektivnosti a stability.

Schéma společenské kooperace musí být stabilní.

Nemůžeme obecně hodnotit nějakou koncepci spravedlnosti pouze na základě její role při rozdělování.

Musíme vzít v úvahu její širší souvislosti, neboť i když spravedlnost má určitou prioritu jako nejdůležitější ctnost institucí, stále platí, že za jinak stejných podmínek, je třeba dávat přednost jedné koncepci spravedlnosti před nějakou jinou, jsou-li její širší důsledky žádoucnější.

1. Předmět spravedlnosti

Naším tématem je společenská spravedlnost. Primárním předmětem spravedlnosti je pro nás základní struktura společnosti nebo způsob, jakým významnější společenské instituce rozdělují základní lidská práva a povinnosti a určují rozdělení prospěchu plynoucího ze společenské kooperace.

Spravedlnost nějakého společenského modelu závisí podstatně na tom, jak jsou stanovena základní práva a povinnosti, a na ekonomických možnostech a společenských podmínkách v různých oblastech společnosti.

2. Hlavní myšlenka teorie spravedlnosti

Podle Rawlse vůdčí myšlenkou je spíše to, že principy spravedlnosti pro základní strukturu společnosti jsou objektem původní dohody. Jsou to principy, které by svobodní a rozumní lidé, jímž jde o prosazování jejich vlastních zájmů, přijali v nějaké počáteční pozici rovnosti jako definice fundamentál-

ních termínů svého společenství. Tyto principy mají usměrňovat všechny další dohody, specifikují typy společenské kooperace, na níž se lze podílet, a formy vlády, které mohou ustavit. Tento **způsob přístupu** k principům spravedlnosti nazvou teorií spravedlnosti jako **slušnosti**. Lidé mají předem rozhodnout, jak mají usměrňovat všechny další nároky a co má být základní chartou jejich společnosti.⁷³

Pojetí spravedlnosti jako slušnosti musíme chápat jako hypotetickou situaci: K podstatným vlastnostem této situace patří, že nikdo nezná své místo ve společnosti, své třídní postavení nebo sociální status, nikdo nezná svoje šance při rozdělování přírodních vloh a schopností, ani svoji inteligenci, sílu, apod.

Smluvní strany neznají své koncepce dobra ani svoje speciální psychologické sklony. **Principy spravedlnosti jsou zvoleny za závojem nevědomosti**. To zaručuje, že nikdo není zvýhodněn nebo znevýhodněn při výběru principů v důsledku přírodních náhod nebo nahodilostí společenských okolností.

Vyjadřuje myšlenku, že principy spravedlnosti byly dohodnuty v nějaké počáteční situaci, která je slušná. Jestliže si lidé vybrali nějaké pojetí spravedlnosti, lze předpokládat, že si musejí zvolit i nějakou ústavu a legislativu k vydávání zákonů, atd., to vše ve shodě s principy na kterých se dohodli **původně**.

3. Původní stav a ospravedlnění

Původní stav, je přiměřený počáteční status, který zaručuje, že základní dohody, jichž zde bylo dosaženo, jsou slušné. Z toho faktu plynu pojem, „*spravedlnost jako slušnost*“.⁷⁴

⁷³ /převzato, RAWLS, J.: *Teorie spravedlnosti*. Praha: Victoria Publishing, 1995, s. 126-127.

⁷⁴ / tamtéž, s.127.

4. Klasický utilitarismus

Klasický utilitarismus – představuje Sidwick, základní tezí je myšlenka, že společnost je správně uspořádána, a tudíž je spravedlivá, jsou-li její hlavní instituce organizovány, tak, aby zaručovaly největší sumu uspokojení pro celek všech svých jednotlivých členů.⁷⁵

Dvěma hlavní pojmy etiky jsou pojmy práva a dobra, z nichž je odvozen pojem **mravně hodnotné osoby**.

Dobro je definováno nezávisle na právu a právo je pak definováno jako to, co maximalizuje dobro. Přesněji, že instituce a jednání jsou právoplatná, jestliže na základě dostupných alternativ produkují co nejvíce dobra. Jedná se o **teleologickou teorii**, působí přesvědčivým dojmem, zdá se, že ztělesňuje myšlenku racionality, že v případě morálky racionalita maximalizuje dobro (tzn. věci by měly být uspořádány tak, aby z toho ve výsledku vyplývalo co nejvíce dobra).

V teleologických teoriích dobro je definováno nezávisle na právu. To má dvojí význam.

Teleologické teorie se dosti jasně liší podle toho, jak specifikují koncepci dobra. Je-li dobro pojímáno jako uskutečnění nejlepších lidských schopností v různých kulturních formách, máme co činit s tím, co můžeme označit jako perfekcionismus. Tento pojem se nachází u Aristotela a Nietzscheho. Je-li dobro definováno jako rozkoš, máme co činit s hedonismem, definujeme-li ho jako štěstí jde o eudaimonismus, atd.

Princip užitku v klasické formě „budeme“ pojímat tak, že dobro definuje jako uspokojování potřeb, nebo snad lépe uspokojování racionálních potřeb.⁷⁶

Nepochybná striktnost předpisů spravedlnosti z hlediska zdravého rozumu je jistě prospěšná tím, že omezuje lidské sklony k nespravedlnosti

⁷⁵ / tamtéž , s.126-127.

⁷⁶ / tamtéž , s.126-127.

a k protispolečenskému jednání, ale utilitaristé jsou přesvědčeni o tom, že by bylo omylem pokládat tuto přísnost za prvotní princip morálky.

5. Některé příbuzné kontrasty

Teorie spravedlnosti je vymezena jako teorie **deontologická**, která neinterpretuje dobro nezávisle na tom, co je správné, ani právo jako to, co maximalizuje dobro. V teorii spravedlnosti jako slušnosti lidé předem akceptují princip stejné svobody pro všechny a činí to, aniž by znali své speciálnější cíle. Aspirace lidí jsou zde spíše od samého počátku omezeny principy spravedlnosti, které vytyčují hranice, které systém lidských cílů musí respektovat. V případě spravedlnosti jako slušnosti má **pojem práva přednost před pojmem dobra**.⁷⁷

Spravedlivý společenský systém vymezuje určitou oblast, v níž se cíle jedinců musejí rozvíjet, vytyčuje rámec práva šancí a prostředků, jak je v tomto rámci uspokojovat a jakým způsobem je rozvíjet, aby tyto cíle mohly být spravedlivě sledovány. Případně zájmy, které by porušovaly spravedlnost by neměly žádnou hodnotu zdůvodnění – **prioritu spravedlnosti**.

6. Intuicionismus

Obecně: jedná se o učení, podle něhož existuje nějaká redukovatelná třída prvotních principů, které musejí být navzájem vyváženy a o nichž na základě uvážených soudů můžeme říci, která vyvážená kombinace je **nejspravedlnější**.

Intuicionisté tvrdí, že jakmile jsme jednou dosáhli úrovně obecnosti, pak již neexistují žádná konstruktivní kritéria vyššího řádu, která by vymezila správnou váhu konkurujících principů spravedlnosti.

Intuicionalistické teorie jsou obojí: teleologické a deontologické – mohou mít obojí povahu

⁷⁷ / tamtéž .

Každá etická teorie se do jisté míry musí v mnoha ohledech spolehnout na intuici.⁷⁸

Mohli bychom spolu s Moorem tvrdit, že hlavními etickými hodnotami jsou osobní náklonnost a lidské porozumění, tvorba a zření krásy, získávání a vědomí významu vědění spolu s rozkoší. Mohli bychom tvrdit (což Moor neučinil), že to jsou jediné etické hodnoty o sobě.

Další důležité termíny:

Ústava: svoboda stejného občanství je začleněná do ústavy a je ústavou zaručena.

K politickým svobodám patří:

- svoboda vědomí a myšlení,
- osobní svoboda,
- politická práva.

Čtyřstupňová posloupnost je schématem, jak uplatňovat principy spravedlnosti. Rozlišujeme v ní tyto aspekty:

- první principy společenské teorie a jejich důsledky,
- obecná fakta o společnosti – její velikost, úroveň hospodářského rozvoje,
- její institucionální strukturu a životní prostředí,
- fakta o jedincích, jejich společenském postavení, přirozené vlohy, zvláštní zájmy.⁷⁹

Shrnutí problematiky spravedlnosti a bioetika

Každá vlivná obecná teorie spravedlnosti je filosofickou rekonstrukcí perspektiv morálního života, ale každá postihuje pouze částečně rozmanitost života. Základ veřejných opatření je proměnlivý, vždy zdůrazňuje některou

⁷⁸ / tamtéž, s.126 -127.

⁷⁹ / tamtéž, s.126-127.

z teorií spravedlnosti. Existuje mnoho bariér vzhledem k přístupnosti ke zdravotní péči. Zkušenost s nouzí a vzácností zdrojů naznačuje, že pravděpodobně nebudeme schopni uspokojit všechny potřeby obyvatel.

Perspektivně jsou navržena řešení problémů, která jsem vyjmenovala: vynutitelné právo na *decent minimum* zdravotní péče v rámci alokace, která by byla na bázi utilitaristické nebo rovnostářské teorie zavedena, s jejími standardy.

Bioetické principy distributivní spravedlnosti a státu

Bioetické principy, které řídí běžné bioetické rozhodování jsou beneficence, neuškození, autonomie a rozdělování spravedlnosti.

Mnoho otázek, jež se vztahují k prvním třem principům, jako je dohoda, potrat, ukončení léčby a rozhodnutí o ukončení života, euthanasie a oplodnění in vitro, klonování, tyto a podobná témata byla dobře prozkoumána v minulých dvou dekadách.

Princip distributivní spravedlnosti je běžným námětem diskuze v lékařské literatuře a stále více vstupuje do myšlení lékaře.

Je otázka, zda by měli lékaři přijmout princip distributivní spravedlnosti.

Následující část práce se zabývá významem a užitím bioetického principu distributivní spravedlnosti a jeho rolí ve změně medicíny ve společensko/sociální etiku.

Pozorování

Medline zjistil, že za období 1987–2000 bylo zjištěno přes 1000 vstupů s články zabývajícími se sociální spravedlností. JAMA v nedávných letech vydala opakovaně novou sociální etiku pro medicínu.

Příspěvek, který JAMA vydala v roce 1997, volá po všeobecném (znárodněm) zdravotním pojištění ve jménu rovnostářské sociální spravedlnos-

ti.⁸⁰ V jiných prestižních lékařských časopisech vyšly články, jež vyjadřují podobné názory. Např. v časopise *Annals of Internal Medicine* se dočteme, že „lékaři by měli raději přemýšlet v intencích o nejlepším využití zdrojů pro skupinu pacientů, za které jsou zodpovědní, než podle tradičního krátkozrakého hlediska, aby každý pacient dostal jen to nejlepší pro sebe jako jednotlivce“.⁸¹

„Bodeheimer, který otevřeně hájí znárodněné zdravotní pojištění⁸², používá názor, že „lékaři musí rozšířit svůj obzor, aby vyvážili potřeby jednotlivých pacientů nacházejících se přímo v jejich péči s celkovými potřebami obyvatelstva, jemuž slouží zdravotní péče, nehledě jaký platí systém, zda HMO nebo národní zdravotní systém jako celek“.⁸³

Mnozí lékaři váhají s objednáním testů, jež mají vést k zlepšení určení diagnózy poškození nebo onemocnění do té míry, že to snižuje jejich schopnost stanovit diagnózu, s odůvodněním, že testy „nejsou indikovány“ a že tak šetří společnosti peníze.⁸⁴

Zkušenosti říkají, že nejsou-li schémata vypracována na základě studií, je často nutné se rozhodnout a testy objednat.

Mladí lékaři, kterým jsou ve škole ideály vštípeny „šetřit peníze společnosti“, pak mohou rychle odbýt pacienty, kteří doufají v časnou diagnózu a léčení. Starší lékaři jsou také na vahách. Někteří došli k názoru, že především šetření peněz společnosti je ta správná věc. Cynismus a rozčarování je běžné. Například bylo pozorováno, že lékaři, u nichž největší část příjmů po-

⁸⁰ / převzato a přeloženo z angl. jazyka, COHEN, M. A. : bioetické principy distributivní spravedlnosti a státu. Attachment?session=%B5%06%F0%9A%FOJ%BD%D5%26...(2009-10-30), s.1.

⁸¹ / tamtéž, citace :s.2.

⁸² / tamtéž, citace: s.3-4.

⁸³ / tamtéž, citace:s.3-4.

⁸⁴ / tamtéž,s.5.

cháží z HMO, poskytují méně péče, za kterou se neplatí, nebo charitativní péče, než ostatní lékaři.⁸⁵

„Clintonova administrativa záměrně založila navrhovaný systém zdravotní péče na principech sociální spravedlnosti, svobody a rovnosti společenství.⁸⁶ Návrh byla obrovská změna, která byla zamýšlena nejen, aby reformovala medicínu, ale aby ovlivnila Ameriku hlubokým způsobem. Princip spravedlnosti byl formulován, aby znamenal, že přínosy a břemena budou rozdělovány na základě rovnosti a že zdravotní péče nevyčerpá zdroje potřebné pro jiné funkce vlády, jako je vzdělání a výstavba.

Princip rovnosti vyžaduje rovný přístup ke zdravotní péči a rovné benefity, ale náklady budou rozděleny na základě schopnosti platit. Co se týká svobody, někdy musí být lidská svoboda omezena, aby se dosáhlo sociálních cílů, jako je řízení nákladů zdravotní péče.

Moudré přidělování zdrojů vyžaduje rozpoznat i jiné cíle než je zdravotní péče a tudíž se musí rozpočet omezit; ne veškeré zdravotní služby by mohly být poskytovány, ale pouze ty potřeby a služby, které se považují za prioritní.“⁸⁷

Světová zdravotnická organizace WHO uveřejnila zprávu o zdraví národů ve světě.

„Kanada má vyšší standard než Amerika a USA byly v hodnocení slabé.“⁸⁸

Podle WHO zdravotní systém zahrnuje nejen lékaře, sestry a nemocnice, ale také dozorovací funkci vlády, metody financování zdravotní péče a rovné poskytování péče bez ohledu na sociální postavení nebo schopnost pacienta platit. V oblasti schopnosti lidí platit má USA zjištěnu nedostatečnost – 56 % péče je financováno privátně. Cohen M.A. uvádí, že zpráva se týká, jak cent-

⁸⁵ / tamtéž ,s.6.

⁸⁶ / tamtéž,citace:s.7.

⁸⁷ / tamtéž, citace:s.8.

⁸⁸ / tamtéž, citace: s.9.

rálního řízení zdravotní péče, tak jejího vysloveného omezování. „Spíše než veškerou možnou péčí je nezbytné a efektivní povolovat služby v omezené míře. Jestliže všechny služby mají být poskytnuty všem, pak ne všechny služby mohou být poskytnuty.“⁸⁹ Poskytování omezené péče by mělo být posilováno vládní byrokracií ve formě výkonu „správcovství“.⁹⁰

Zpráva také doporučuje sankcionování lékařů poskytujících péči, jež se nepovažuje za nezbytnou nebo je nepřijatelná. WHO se řídí principem distributivní spravedlnosti. Jejím cílem je centrální řízení peněz a lidí.

Sociálně-politické perspektivy

Spravedlnost zahrnuje poctivé léčení. Podobné případy by měly být léčeny podobnými způsoby. Sociální teoretikové uznávají 4 principy spravedlnosti: rovnost, potřebu, příspěvek a úsilí.

Nesouhlas s rozdělováním zdravotní péče všeobecně pramení z odlišné důležitosti, kterou lidé připisují těmto čtyřem principům. Marxistické teorie například zdůrazňují princip potřeby, naproti tomu libertariáni dávají největší důraz na příspěvek. Někteří teoretikové se snaží tyto principy kombinovat. Utilitaristé např. kombinují principy, jež maximalizují soukromé a veřejné zájmy. Ti, kteří píšou zákony a vyvíjejí politiku, aby vládli spravedlivé společnosti, nutně přijímají jeden nebo více z těchto principů, aby jimi řídili rozhodovací procesy.

Na poli spravedlnosti mnozí tvrdí, že existuje právo na zdravotní péči. Soucitná společnost by měla poskytnout zdravotní péči svým členům, jestliže má na její poskytování finanční zdroje. Obzvláště proto, že většina lidí není odpovědná za své nemoci a zdravotní péče je pro život často nezbytná. To by znamenalo, že základem medicíny by již nebyl soucit a laskavost, nýbrž státní moc, aby se uspokojil nárok na zdravotní péči.

⁸⁹ / převzato, citace: s.10.

⁹⁰ / převzato, citace: s. 10.

Tvrdí se, že Američané jsou většinou příliš individualističtí a že je nutné zvýšit starost o všeobecné blaho společnosti. Do struktury zdravotní péče by se mělo zabudovat hledisko určující, co je nejlepší pro společnost jako celek, což by znamenalo radikální změnu hodnot.⁹¹ Pak by to ovšem byly vládní instituce, jež by rozhodovaly, co je pro národ nejlepší.

Bioetický princip **distributivní spravedlnosti** se zabývá všeobecným dobrem a byl rozvinut Beauchampem a Childressem⁹². Přináší myšlenku, že lékaři by měli rozšířit svoji perspektivu, aby zahrnuli potřeby celé skupiny pacientů, když jsou v HMO, a potřeby společnosti jako celku, namísto toho, aby se starali jen o své jednotlivé pacienty. **Největší dobro by mělo být učiněno pro největší počet pacientů v rámci daného rozpočtu; žádný jednotlivý pacient nemá právo na maximální péči.**

Distributivní spravedlnost hledá způsob, jak tradiční medicínskou etiku, která je soustředěna na pacienta/ nahradit skupinovou novou etikou. To ospravedlňuje minimální standard a snížení nákladů na péči, ať už platí kdokoli.

Přidělení vzácných zdrojů

Diskuze je stále se opakující refrén. Distributivní spravedlnost se stává hlavním tématem, při nedostatku peněz.

Ale které zdroje jsou nedostatkové?

Omezení (regulace) nákladů se také označuje jako „přidělování zdrojů“, je to eufemismus pro povolení v omezeném množství.

Omezování zdravotní péče zahrnuje popření možných výhod (benefitů) určitým lidem proti jejich přání. Je to zneužití moci⁹³. Ale nebylo dosud dokázáno, že je potřeba péči omezovat. Američané ročně utratí 586 miliard na

⁹¹ / převzato s.13-14.

⁹² / převzato, tamtéž: s.15.

⁹³ / převzato, s. 16.

sázení⁹⁴. Pokud debata zůstane soustředěna na to, jak snižovat rozsah péče, nikdo se nezeptá, proč je nutné ji snižovat?

Prof. filosofie D. Winkler píše, že vzrůstající počet pozorovatelů zdravotní politiky, stejně jako státní úředníci schvalují požadavek regulace. S pocitem prolomení velkého tabu nás žádají, abychom přijali svět limitů, jak fyziologických, tak finančních, a přestali reagovat morálním rozhořčením na myšlenku života úmyslně nezachráněného nebo handicapu záměrně nevyлéčeného, jejich argumenty nadto používají terminologii lékařské etiky. Ať už dobrovolně nebo úmyslně se účastní cvičení, jež slouží obzvláště ideologické funkci – veřejnost se připravuje, aby přijala odpovědnost za výběr, který by neměla uskutečňovat.⁹⁵

Medicína se dodnes realizuje v Hippokratově tradici, jejíž hlavní podstata zahrnuje lékařovu povinnost pomáhat pacientům a neublížit jim, v zodpovědnosti ke kolegům, ochraně důvěrných údajů, vyhýbání se asistované smrti a potratům.⁹⁶

Přes obrovský technologický pokrok během 20. století lékaři vytrvale lpí na Hippokratově tradici v loajalitě ke svým pacientům. Tento ideál je stále zpochybňován komercializací medicíny se spoustou finančních podnětů k poskytování minimální péče.⁹⁷

Lékaři sami vědomě slouží jako agenti velkým společnostem v obchodování se zdravotními službami. Klademe otázku: jak ZISK, tak ZDRAVÍ? Omezování nákladů má svůj konečný cíl v maximalizaci ZISKŮ SPOLEČNOSTÍ.

Ale kvůli vlivu ideálů a hodnot je to stoupající **důraz** na distributivní spravedlnost, spíše než na obchodní hlediska, jenž má potenciál odtrhnout lékaře od původní Hippokratovy tradice.

⁹⁴ / tamtéž, s. 16 .

⁹⁵ / tamtéž: s. 18 .

⁹⁶ / tamtéž, s. 19 .

⁹⁷ / tamtéž, s. 20.

Etika distributivní spravedlnosti falešně řeší rozpory moderní komercionalizované medicínské praxe.

Etický požadavek distributivní spravedlnosti předpokládá, že bude nezbytné racionalizovat náklady, což znamená nátlak vlády, který uplatňuje autoritářská pravidla.

Distributivní spravedlnost hrozí přeměnit jak medicínu, tak společnost.

Stát vždy usiluje o to, jak se rozrůstat. Na historii člověka můžeme hledět jako na historii nadvlády a tyranie státu. Např. americké dějiny tohoto století zaznamenávají pokusy státu překonat omezení a zákazy, které byly dány jeho zakladateli. Vidíme nyní vzkvétající federální vládu, přebujelou, a takřka mimo kontrolu⁹⁸.

Socialismus si nárokuje distributivní spravedlnost jako jeden ze svých klíčových principů, neboť – což lze vidět ve zprávě WHO – distributivní spravedlnost ve výsledku zvyšuje autoritu státu.

Korelace neboli vzájemný vztah

Spravedlnost může znamenat čestnost, udržování narušitelů zákona v zodpovědnosti, nápravu chyb, stejné příležitosti a stejné tresty, stejné a spravedlivé rozdělení dobra. Každý nemůže chápat spravedlnost identicky. Hlediska spravedlnosti mohou být formulována filosofií, ale je to bible, z níž odvozujeme naše základní mravně-náboženské pojetí spravedlnosti.

Pravidla spravedlnosti jsou jasně formulována v Pěti knihách Mojžíšových ve Starém zákoně a později promyšlena v knihách proroků. Ovšem spravedlnost v bibli se týká jednotlivců a vzájemného vztahů mezi jednotlivci, ne obecného dobra. Je samozřejmě nemožné přistoupit na obecné dobro („sociální spravedlnost“) aniž, že by někdo utrpěl ztrátu. Samotné vymezení spravedlnosti vyžaduje předpoklad, že všichni lidé mají stejnou hodnotu. Namítat, že některým lidem, kteří potřebují určitý benefit, může být tento be-

⁹⁸ / tamtéž, převzato: s. 21-22 .

nefit odmítnut (regulace) ve jménu předpokládaného benefitu abstraktní neosobní skupiny, popírá spravedlnost. Spravedlnost je vždy osobní. Jediná neosobní spravedlnost je text práva (zákonů).

Distributivní spravedlnost je spjata s principem užitečnosti. Utilitářské myšlení znamená, že „welfare“ (blaho) společnosti má přednost před blahem jednotlivce. Ti, kdo tvoří politiku berou, na prvním místě v úvahu, co je účelné pro vládu a ekonomiku.

Utilitaristé např. tím, že užívají metody jako analýzu nákladů na benefity a porovnávání kvality života, bez rozdílu diskriminují starší, slabé a zranitelné – právě ty, jichž se přikázání mravné náboženské spravedlnosti nejvíce týká. Výsledkem utilitarismu by mohl být rozvoj drsného přístupu společnosti ke starým lidem a těm, kdo mají chronická onemocnění. Na ně se nahlíží jako na tu, kdo odčerpává nejvíce zdrojů⁹⁹.

Etická potřeba „většího zájmu o obecné dobro společnosti“, jež vyžaduje zmírňování individualismu, je bezpochyby kolektivistická v duchu tradice Platóna, Kanta, Hegela a Deweye. Podle této tradice je to stát, jenž vždy potřebuje zlepšení. Naštěstí tato zlepšení proniknou až k jednotlivci, ale není to jednatel, kdo z nich má v první řadě prospěch, je to stát. Nahlízet na člověka pouze ze statistického hlediska je nedůstojné a pro jednotlivce demoralizující.

Stát tím, že minimalizuje hodnotu a sílu jednotlivce, uzurpuje a přivlastňuje si obrovskou moc. Ale neomezená vláda je nebezpečná. Ve jménu ušetření peněz pro společnost by osoby, které jsou neproduktivní, se zmenšenou hodnotou (kvalitou života), mohly být vyloučeny a dokonce by mohli být vyloučeni i jednotlivci jen z důvodu potenciálně nákladného ošetření jejich onemocnění.

Zlo autoritářsko-kolektivistického režimu se odporivě projevilo v nacistickém Německu, kde totalitní režim koptoval medicínu, aby vykonávala

⁹⁹ / tamtéž, s:28 .

jeho vůli.¹⁰⁰ Harold Brown píše: „...když kultura ztrácí smysl pro spravedlnost a cit pro odpovědnost k Bohu nebo božskému pořádku ... je stále obtížnější respektovat individuální lidskou bytost jako takovou. Stávají se čísla ve výpočtu společenského užitku, tak jako zvířata v péči veterináře, léčená a uzdravovaná, když je to proveditelné a ekonomicky výhodné, ale bezbolestně usmrčená, když to výhodné není.“¹⁰¹ Na etické „principy“ a politická schémata prosazující obecné dobro společnosti by se mělo pohlížet s velkým znepokojením.

Lékaři mají obrovskou moc nad pacienty. Hlavní kontrola této moci spočívá v tom, že lékař má vždy za úkol pomáhat a neškodit. Jakmile se tato vnitřní regulace oslabí, lékař by mohl být nebezpečný. Jak stát – nebo ti kteří jej řídí –, časem nahromadí moc, jež není zodpovědná nikomu, stává se stále nebezpečnější. Vytvoření medicínsko-politického komplexu znamená hrozbu pro Američany. Každému předpokládanému etickému principu, který zvyšuje podíl vlády na řízení medicíny, by se měl klást odpor.

Vláda by neměla být v roli poskytovatele lékařské péče. Jednotlivec se svou peněženkou by měl rozhodnout, co se bude a nebude provádět. Jednotlivec by se velmi rychle naučil vzdělávat v medicíně, což je jistě žádoucí, a náklady by neovládala moc vlády, ale pacient a jeho lékař, spolu uvažující o možnostech řešení.

Individualismus a zájem o sebe nejsou neetické. Zájem o vlastní osobu je legitimní motiv pro činy konkrétní osoby. Je také v nejlepším zájmu sebe sama, aby člověk byl osvobozen od tyranie. Zájmem každého člověka je být svobodným a je nutno dát pozor na snahy určitých elit vytvořit společnost bez zájmu o sebe. Etický požadavek by měl omezit vládu na udržování jen takového pořádku, aby si „svobodní jednotlivci mohli uspořádat osobní, sociální, obchodní, a náboženské záležitosti, jak je to pro ně vhodné“ (Gordon

¹⁰⁰ / tamtéž, citace: s. 29-30.

¹⁰¹ / tamtéž, citace :s. 31.

H. Clark). Nelze říct jinak než demagogicky, že zvýšený zájem o obecné dobro a méně individualismu je etický požadavek pro jakoukoli sociální politiku.

Co lze učinit? Cameron píše: „...musíme vychovat komunity opoziční medicíny. Disidentská medicína udrží naživu vizi křesťanského hippokratismu, neboť ti, kdo sdílejí tuto lékařskou vizi, budou stále narušovat nový post-hippokratovský hlavní směr, a volat jej zpět k jeho lepšímu já v jeho původní hippokratovské identitě.“¹⁰²

Ve shrnutí svého článku Cohen M. A. udává, jak mnohvrstevně můžeme sledovat otázky spravedlnosti ve zdravotnictví . A jaký je její význam a s jejími důsledky a v čem z jeho pohledu vyplývá nebezpečí pro společnost.

Současné užívání principů distributivní spravedlnosti je maximalizací firemních zisků a centralizací vládní síly.

Distributivní spravedlnost je údajně morálním a rozumovým ospravedlněním, jak změnit etiku medicíny tak, aby se posílila struktura zespolečenštěné medicíny.

Tato distributivní spravedlnost je startovním bodem, protože má transformující následky. Současné zdráhání lékařů plně začlenit principy distributivní spravedlnosti do své praxe brání realizaci všeho, čeho je předzvěstí.

Cameron věří, že „vodítko nalezneme v medicíně našeho porozumění lidské přirozenosti“.¹⁰³

Jestliže se medicína redukuje na hrátky zainteresovaných stran a pouhý výkon technického rázu a jestliže potřebné osoby jsou nejdříve ohodnoceny na základě užitečnosti předtím, než se jim dostane pomoci, popíráme posvátnost lidského života, jež se tak jasně vynořuje z biblické tradice. Jakýkoli tzv. bioetický princip, který odklání lékaře od péče o nemocné a postižené,

¹⁰² / tamtéž, citace: s. 32 .

¹⁰³ / tamtéž, citace: s. 33.

jež mají před sebou, vede k obavám o abstraktní, bezejmenné skupiny a musí být zpochybněn.¹⁰⁴

Uvedené pojednání o distributivní spravedlnosti v širokém výkladu, jež uvádí Cohen, M. A., dokládá, jak velkou úlohu hraje spravedlnost v oblasti veřejné politiky ve vztahu k medicíně. Zásady prospěchu, nepoškození a autonomie pacientů mají v této problematice zásadní roli.

Důsledky pro etiku ve stomatologii:

Ze všech tří základních teorií distribuce (utilitaristická, libertariánská, rovnostářská) se jako nejpřijatelnější východisko pro distributivní spravedlnost jeví **rovnostářská teorie**, jež razí zásadu, kde nezávislé principy spravedlnosti jsou morálním určujícím faktorem. Extrémní „egalitáři“ požadují rozdělování všech prostředků a služeb tak, aby vznikla naprostá rovnost.

Mírnější zastánci této teorie si uvědomují a respektují meze přidělování zdrojů a prostředků pro poskytování péče. Z diskuse vyplynul návrh dvoustupeňového systému; první stupeň zahrnuje poskytování adekvátní, nikoli komplexní péče všem, druhý pak znamená možnost zakoupit nadstandardní ošetření (služby pro ty, kdo na to mají prostředky). První stupeň je založen na principu spravedlnosti, druhý primárně na autonomii (rozhodování).

Rozdíleci spravedlnost

Problém rozdíleci spravedlnosti u nás není vyřešen. V zubním lékařství, což se týká veškeré společnosti, je to „never ending story“. *Distributive justice* u nás není vyřešena, nejsou určeny standardy, byť se na nich pracuje.

¹⁰⁴ /převzato a přeloženo z článku tamtéž, s.: 33 .

Některé výkony ve stomatologii, jež nehradí pojišťovna, platí nemocný, některé výkony jsou se spoluúčastí (co-payment) a některé jsou hrazeny pojišťovnou jako základní minimální léčba.

6. SHRnutí

Cílem práce je posouzení některých důležitých etických hodnot v oboru stomatology a zejména potvrzení téze o pořadí etických hodnot a jejich významů, jež by odpovídalo schématu autorů Ozar, Sokol.

Práce také zahrnuje porovnání etických hodnot u běžné populace bez závažnějšího poškození celkového zdraví a u nemocných s celkovým onemocněním / především kardiovaskulárním a u transplantovaných/, kde je zřejmé, že žebříček hodnot těchto dvou skupin je odlišný.

Ze zkoumání vplynuly některé další poznatky: (viz. Kapitola 4d/ a kapitola 5).

Výsledky a závěry se zakládají na anglosaské literatuře /evropské i zámořské/ a vlastních zkušenostech s ošetřováním pacientů.

Žádné lékařské odvětví nemůže zcela zajistit plné zdraví well-being pacientů. Existuje soubor hodnot zaměřených na konkrétní lékařské profese, tedy jejich hlavní hodnoty. Tyto hodnoty ustavují parametry mnoha aspektů při profesionálním rozhodování. A slouží k posuzování potřeb pacienta. Postup léčení i přístup lékaře k pacientovi s vážným celkovým onemocněním, uvedený v práci, odpovídá hierarchii hodnot podle Ozar-Sokola.

Návrh šesti hlavních etických hodnot se týká stomatology a jejího přístupu k léčbě. Tyto hodnoty přispívají k procesu rozhodování i v případě jejich konfliktu. Ne všichni stomatologové Sokol-Ozarovo schéma uznávají. Z hlediska pacientů s vážnými celkovými chorobami do uvedeného schématu zapadá posuzování potřeb pacienta, a to zejména v bodech 1, 2, 3 a 6. Ostatní hodnoty jsou u těchto pacientů potlačeny, stojí tedy na žebříčku hodnot níže.

Ozar a spol. v roce 2002 stanovili hierarchii hodnot takto:

1. život pacienta a jeho celkové zdraví,
2. pacientovo orální zdraví (tzv. „správná a bezbolestná orální funkce“),
3. pacientova autonomie,
4. lékařem preferované hodnoty praxe a užívaných praktik,

5. estetické hodnoty,
6. efektivita použitých prostředků a zdrojů (náklady a cena),

Logickým odhadem bereme v úvahu fakt, že 95 % rizikových pacientů má suspektní fokální odontogenní infekci, vycházíme-li z předpokladu, že v naší populaci má pouze onemocnění parodontu 90 % lidí (dospělých i dětí včetně) a některé nevitální zuby v České republice: téměř každý druhý pacient. Také jsou někteří nemocní bezzubí, u nichž je odontogenní infekce málo pravděpodobná.

V přístupu k těmto nemocným jistě hraje roli i problém protisrážlivé medicíny, kterou někteří z nich musí užívat doživotně. Jedná se o heparinové preparáty typu nejčastěji Warfarinu aj. Při této medikaci je krajně omezují chirurgické výkony s nebezpečím těžkého krvácení, jež je ohrožuje na životě. Tato skutečnost je dost významná, neboť zpožďuje stomatologické ošetření, v některých případech se praktičtí lékaři brání a obávají se tyto pacienty ošetřit, ať již kvůli nedostatečné odborné znalosti, a nebo obavám z komplikací.

Nemocní se také vyznačují všeobecnou neinformovaností o orálním zdraví, ale i o svém celkovém zdravotním stavu.

Právě na tomto významném poli by odborná veřejnost měla zlepšit přístup k pacientovi, což znamená, že:

- Je nutné stále prohlubovat odborné znalosti lékařů, vyčlenit si více času na pacienta ke sdělení nutných informací, jež jsou předpokladem **informované dohody**. Vztah lékaře a pacienta je dán do určité míry i empatií, z níž bude vyplývat vzájemná důvěra mezi nimi.
- Bez vypracování **odborných standardů ve stomatologii**, podobně jako v jiných oborech medicíny, se neobejdeme.

Na základě výše uvedených bodů se budeme lépe řídit rozdíleci-distributivní spravedlností, uskutečňovat a provádět alokaci vzácných zdrojů v našem zdravotnictví.

V těchto bodech bych v našem oboru spatřovala zlepšení péče o rizikové pacienty s kardiovaskulárními onemocněními, s transplantovanými tkáněmi a orgány i jinými závažnými celkovými chorobami, s důrazem na výše uvedenou specifickou hierarchii etických hodnot.

Práce uvádí pojem F.O.I., jež se vyskytuje u těžce nemocných pacientů, kteří se dostávají na stomatologické pracoviště a dostávají se velmi často do etického konfliktu z důvodů sanace chrupu.

Taková situace nastává tehdy, nejde-li o pouhé „plombování zubů“, ale o ústní chorobu, kde působí ústní bakterie a jsou možné jejich rozsevy cestou hematogenní do vzdálených orgánů, kde pak mohou způsobit trvalé poškození.

U pacientů s kardiovaskulárním onemocněním a u jiných případů v přípravě před transplantací orgánů nebo tkání je infekci třeba eliminovat. V budoucnu by mohl nemocný v jejím důsledku zemřít, nebo by mohl být přinejmenším zmařen výsledek náročných lékařských zákroků.

Pacienti, kterých se tato problematika týká, o existenci F.O.I. zpravidla nemají představu, nepřipouštějí si možnost rizika, mnozí odmítají léčbu fokusů v ústech, nechtějí ztrácet nejen svůj chrup, ale ani čas. Odmítají ztratit zuby, jsou-li nebolestivé, také nechtějí řešit finanční náklady s náhradami za umělý chrup, kdy často pro nedostatek času (např. před rychlou kardiovaskulární operací) musejí být po nějaký čas bezzubí. Ukazuje se zde také problém estetický a dietní, avšak ten u těchto nemocných nemá prioritu.

Existuje řada studií, jež pro organismus prokazuje nebezpečí orální infekce odontogenního původu (viz odkazy uvedené v kapitole I a kapitole 4 této práce). Němečtí autoři Willerhausen B., Kasaj A. a spol.¹⁰⁵ uvádějí studii

¹⁰⁵/převzato a přeloženo z angl. jazyka : WILLERHAUSEN, B., KASAJ, A., WILLERHAUSEN, I., ZÁHORKA, D. et al. : Association Between chronic dental infection and acute myocardial infarction. *J Endodont.* 2009 May, 35(5), s.626-630 .

o 125 pacientech s IM (infarkt myokardu) provedenou v německé Mohuči. Ve studii konstatují, že pacienti mají několik rizikových faktorů: vysoký krevní tlak, Diabetes mellitus, kouření, abúsus alkoholu, genetické dispozice, kardi-ovalskulární onemocnění a chronický zubní zánět. Výsledky prokázaly, že orální zdraví nebylo u nemocných s IM uspokojivé ve srovnání se 125 zdravými pacienty, a prokazují spojitost mezi orální infekcí a infarktem myokardu.¹⁰⁶

Navrhují se přesné postupy, které se obnovují, jak se má postupovat v léčení *lege artis* ve stomatologii, abychom odstranili F.O.I., i směrnice pro užití antibiotik. Zároveň zde uplatňují principy autonomie pacienta, beneficence, nonmaleficence a zvláště zvážení rizika a beneficence.

Ozřejmení této tematiky:F.O.I., s jejími příčinami a následky, jež jsou v přímé souvislosti, považují dnes v medicíně za přínosné a nutné.

6.1 Příčiny a následky.

Zdroje infekce jsou: nevitální zuby, parodontologicky postižené zuby s tzv. choboty a těžkými záněty dásní, choboty a zánětlivé změny u retinovaných a semiretinovaných zubů (např. zubů moudrosti), ponechané kořeny, cysty, záněty čelistních dutin zubního původu a záněty čelistních kostí. Jaké jsou příčiny? A co by bylo vhodné, aby se zlepšila léčba F.O.I.?

Chybí všeobecná veřejná osvěta pojmu F.O.I., a tak je třeba:

- zlepšovat vzdělávání lékařů (nejen zubních lékařů), seznamovat je s novými poznatky z této oblasti (např. novinky v léčbě);
- zlepšovat komunikaci s nemocným, často je ovlivněna z obou stran:
 - a) ze strany lékaře – ze stresu, nedostatku času, b) ze strany nemocného: nemožnost mluvit při otevřených ústech, ze stresu/obavy z bolesti či výkonu;

¹⁰⁶ / tamtéž,s. 630.

- zlepšovat domácí péči u pacientů (novými pomůckami, přístupy, přístroji, výplachy desinfekčními roztoky – intermitentně).

Nemocného nemůžeme žádnými prostředky přimět k preventivním prohlídkám, především se jedná o primární prevenci, jež má za úkol předcházet zubním nemocem a jejich rozvoji.

Pacienta ani v následné péči (např. po transplantaci) nelze nutit k preventivním prohlídkám, aby **se udržel uspokojivý stav zubních tkání a sliznice úst.**

7. ZÁVĚR

7.1 Doporučení pro praxi

Zlepšení prevence by pomohlo **odbourat nedostatky v péči a léčení u nemocných s kardiovaskulárním postižením a u transplantovaných jedinců.**

Především by **nevznikly zvýšené náklady finanční**, naopak by se snížilo někdy i plýtvání finančními zdroji, což by vedlo také ke snížení počtu neúspěchů i ke **snížení plýtvání vzácnými zdroji**, jako jsou **darované orgány.**

Z těchto důvodů má sestavení individuálního plánu léčby **význam pro celou společnost** (více jedinců může být ošetřeno, obdarováno atp.). Veškeré úsilí lékaře by mělo vést ke konsensu mezi ním a pacientem, k sestavení **rozumného stomatologického léčebného plánu**, neboť situace, v níž nemocný přichází je často extrémní, vypjatá časově. **Neexistuje šablona, podle které by se mělo s nemocným postupovat.**

V současné době pacienti často nechtějí pochopit, že jim jde o život, plýtvání penězi, nechtějí si připustit, že budou bezzubí a že budou muset vložit finance do ošetření – pro vhodné zhotovení fixních stomatologických prací, zubních implantátů nebo i snímatelných náhrad.

V neposlední řadě je velmi důležité, aby se pro objasnění situace lékař dostatečně věnoval **komunikaci s pacientem.** Ve vztahu ke způsobu komunikace s nemocnými lze připomenout jeden z problémů našeho zdravotnictví zcela nepravňní povahy. V rámci vzdělávání lékařů se věnuje mnoho úsilí je-

jich odborné zdatnosti. Jen velmi málo času se však vymezuje na prohloubení **komunikačních dovedností**, nácvik sdělování příznivých i nepříznivých informací a na zdůraznění důležitosti hovoru s nemocným a roli lékaře v něm.¹⁰⁷

V dnešní složité době se kladou vysoké nároky ve všech lékařských profesích a není snadné dostát etickým principům kteréhokoli povolání. Proto je důležitější než kdy jindy, aby byl vytvořen etický kodex a příslušníci profesí měli vodítko pro své zodpovědné chování. Pro lékaře to platí dvojnásob. Není možné postihnout všechny aspekty a pravděpodobná etická dilemata, jež se mohou vyskytnout v povolání zubního lékaře, ale je možno určit alespoň nějaký rámeček. Americká akademie zubních lékařů (American College of Dentists – ACD) poskytuje malou kartu k trvalému nošení, jež má na jedné straně uvádí „stěžejní hodnoty“, jimiž by se mělo řídit etické chování jejích členů a na druhé seznam otázek, jež by si měli při svém rozhodování položit. Podle zkratky názvu této instituce se mu říká *ACD test*. Jeho otázky jsou inspirativní a ve zkratce zahrnují řadu myšlenek, o nichž pojednává tato práce, proto jsou zde uvedeny:

ACD test :¹⁰⁸

Posuzujte (Asses)

Je to pravda?

Je to správné?

Je to spravedlivé?

Je to kvalitní/seriózní?

Je to legální?

¹⁰⁷ / SCHUMANN, N.J., TURNER, J.E. : Ethical decision in dental treatment planning using the OZAR model: descriptive study off fifty-two consecutive patients.*J of Clin Ped Dent* 1997 , 21, s.193-199.

¹⁰⁸ / CME Resource,Sacramento , CA, n.Course 5741,*Dental Ethics:A Brief Review,January 7,2010,s.11,www.NetCE.com* .

Komunikujte (Communicate)

Naslouchali jste?

Informovali jste pacienta?

Objasnili jste výsledky/závěry?

Uvedli jste alternativy?

Rozhodujte (Decide)

Je teď ta nejvhodnější doba?

Je to ve vašich možnostech a schopnostech?

Je to v nejlepším zájmu pacienta?

Je to to, co byste chtěli sami pro sebe?¹⁰⁹

A tak se zde klade otázka:

Má nemocný, který trpí FOI, vždy nárok z eticko-lékařského pohledu na provedení srdečních operací, transplantací a jiných vysoce náročných léčebných postupů?

Domnívám se, že ne za všech okolností!

Téze: V oboru stomatologie by měli mít pacienti s vážnými celkovými one – mocněními odlišnou hierarchii hodnot než běžná populace.

Ozar-Sokolovo schéma o etických hodnotách ve stomatologii u vážně nemocných jedinců je podporováno mimo jiné také argumenty, které vycházejí z etických principů vztahu lékaře a pacienta. Tam proti sobě stojí protiklady jako jsou: a) autonomie-autonomie-lékaře a pacienta, b) autonomie a kompe-

tence, c) riziko a beneficence, proto na prvním místě v žebříčku hodnot stojí život a celkové zdraví, pak orální zdraví, a další hodnoty.

V žádném případě nelze potlačit autonomii pacienta. Lékař se zabývá a zvažuje benefit a rizika a nese odpovědnost za nemocného.

V tomto aktu vztahu se jedná o diskuzi mezi nemocným a lékařem, na jejímž základě se vyvine postoj k hodnotám.

Není zcela obvyklé, aby „běžný pacient“, neboli laik, vnímal výše uvedený žebříček hodnot, avšak, jakmile se stane vážně nemocným, tak by se tím měla měnit i hierarchie jeho hodnot, a k tomu by mělo sloužit uspořádání v Ozar-Sokolově schématu.

8. KOMENTOVANÉ PŘÍLOHY

8.1 Úmluva o lidských právech a biomedicině

(podepsána 4. 4. 1997, platí v ČR od 1. 10. 2001)

Členské státy Rady Evropy, další státy, členské státy EU, signatáři této Úmluvy...

...rozhodnuty přijmout taková opatření, která jsou nezbytná pro zajištění lidské důstojnosti a základních práv a svobod každého jednotlivce v souvislosti s aplikací biologie a medicíny se dohodly na následujícím:

...

Článek 3 – Rovná dostupnost zdravotní péče

Smluvní strany, majíce na zřeteli zdravotní potřeby a dostupné zdroje, učiní odpovídající opatření, aby v rámci své jurisdikce zajistily rovnou dostupnost zdravotní péče patřičné kvality.

Cílem Úmluvy je zajistit spravedlivý přístup všech lidí ke zdravotní péči podle jejich potřeby. Pojem zdravotní péče představuje služby poskytující diagnostické, preventivní, léčebné a rehabilitační výkony směřující k udržení nebo zlepšení zdravotního stavu člověka nebo zmírnění jeho utrpení.

Pojem **rovná dostupnost** zdravotní péče v tomto kontextu znamená především nepřítomnost neoprávněné diskriminace. **Rovná dostupnost** není synonymem **absolutní rovnosti**. Nevylučuje nadstandardní zdravotní péči podle ekonomických možností jednotlivce. Zaručuje však účinné zajištění dostatečného stupně zdravotní péče u všech členů společnosti bez rozdílu jejich ekonomických možností a společenského postavení. Smluvní strany provedou patřičné kroky k dosažení uvedeného cíle, pokud jim to dovolí prostředky, které mají k dispozici. Toto ustanovení nemá za účel vytvořit individuální právo, které bude moci občan využívat v soudním řízení proti státu. Úmluva má podnítit členské státy, aby podnikly kroky k zajištění rovné dostupnosti zdravotní péče jako součást sociální politiky.

V ČR je realizace tohoto ustanovení Úmluvy zajištěna zejména Zákonem o veřejném zdravotním pojištění. Zákon, včetně čtyř příloh, definuje za jakých podmínek a v jakém rozsahu se občan podílí na poskytované zdravotní péči. Nevylučuje nadstandardní péči, ať již na základě připojištění, přímé platby, na přání a žádost občana. Předmětem úhrady nesmí být ta zdravotní péče, která je podle zákona poskytována všem bez rozdílu bez přímé úhrady, na základě veřejného pojištění.

Kapitola II – Souhlas

Článek 5 – Obecné pravidlo

Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas.

Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích.

Dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat.

Za zákrok je třeba považovat jakékoli zdravotní výkony prováděné na osobě pacienta, tedy preventivní péči, diagnostické výkony, léčebné výkony, rehabilitaci či výzkum. Souhlas lze pokládat za svobodný a poučený pouze tehdy, je-li dán na základě objektivních a pravdivých informací, které poskytl pacientovi zodpovědný profesionální zdravotnický pracovník, zpravidla lékař, popřípadě klinický psycholog nebo klinický logoped.

Jde o vymezení svébytnosti pacienta ve vztahu k profesionálním zdravotnickým pracovníkům a vede k odklonu od paternalistických přístupů, které by mohly přehlížet přání pacienta.

Není na zdravotníkovi, aby rozhodoval za pacienta, proto je k dispozici více postupů a všechny jsou lege artis. Důležité je, že pacient má právo na jakékoli doplňující informace a jeho dotazy musí být zodpovězeny.

Souhlas může být výslovný nebo předpokládaný, ústní, písemný, závisí na povaze zákroku. Výslovný souhlas musí být od pacienta vyžádán vždy

k účasti na výzkumu nebo k odebrání těla pro účely transplantace, jedná-li se o žijícího dárce (Čl. 9 a 16 Úmluvy).

Informace k souhlasu musí být přizpůsobena věku pacienta, jeho zdravotnímu stavu, úrovni vzdělání a v neposlední řadě též jeho psychickému stavu. Být informován je **právem pacienta**, musí však být vyhověno i případnému přání, aby **informován nebyl!**

8.2 Ochrana osob neschopných dát souhlas

Článek 6 – Ochrana osob neschopných dát souhlas

- 1. Podle článků 17 a 20 uvedených níže může být proveden zákrok na osobě, která není schopna dát souhlas, pouze pokud je to k jejímu přímému prospěchu.*
- 2. Jestliže nezletilá osoba není podle zákona způsobilá k udělení souhlasu se zákrokem, nemůže být zákrok proveden bez svolení jejího zákonného zástupce, úřední osoby či jiné osoby nebo orgánu, které jsou k tomuto zmocněny zákonem. Názor nezletilé osoby bude zohledněn jako faktor, jehož závaznost narůstá úměrně s věkem a stupněm vyspělosti.*
- 3. Pokud podle platného práva dospělá osoba není schopna dát souhlas se zákrokem z důvodu duševního postižení, nemoci nebo z podobných důvodů, lze zákrok provést pouze se souhlasem jejího zákonného zástupce nebo příslušného orgánu nebo osoby či instituce pověřených ze zákona. Dle možnosti se dotčená osoba zúčastní udělení zástupného souhlasu.*
- 4. Zákonný zástupce, příslušný orgán, osoba, nebo instituce pověřené ze zákona podle výše uvedených odstavců 2 a 3, obdrží na základě stejných podmínek informace uvedené v článku 5.*
- 5. Zástupný souhlas podle výše uvedených odstavců 2 a 3 lze kdykoliv odvolat, je-li to v nejlepším zájmu dotčené osoby.*

Problematiku souhlasu řeší české právo zejména ustanovením § 23 zákona č. 20/1966 Sb. O péči o zdraví lidu. Zákon výslovně stanoví, v jakých případech lze provádět zdravotní výkony bez souhlasu pacienta, popřípadě i proti jeho vůli, a kdy lze pacienta i bez jeho souhlasu hospitalizovat. Takový případ (hospitalizace bez souhlasu pacienta) podléhá okamžitému soudnímu přezkumu. 20

9.2a § 23 zákona č. 20/1966 Sb.

1. *Lékař je povinen poučit vhodným způsobem nemocného, popřípadě jeho členy rodiny, o povaze onemocnění a o potřebných výkonech, tak aby se mohli stát aktivními spolupracovníky při poskytování léčebně preventivní péče.*
2. *Vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného, nebo lze-li tento souhlas předpokládat. Odmítá-li nemocný přes náležité vysvětlení potřebnou péči, vyžádá si ošetřující lékař o tom písemné prohlášení (revers).*
3. *Je-li neodkladné provedení vyšetřovacího nebo léčebného výkonu nezbytné k záchraně života nebo zdraví dítěte nebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům a odpírají-li rodiče nebo opatrovník souhlas, je ošetřující lékař oprávněn rozhodnout o provedení výkonu. Toto ustanovení se týká dětí, které nemohou vzhledem ke své rozumové vyspělosti posoudit nezbytnost takového výkonu.*
4. *Bez souhlasu nemocného je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony, a je-li to podle povahy onemocnění potřeba, převzít nemocného i do ústavní péče:*
 - a) *jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení*
 - b) *jestliže osoba jevící známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí*

- c) *není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví*
- d) *jde-li o nosiče 20.*

9. LITERATURA

ADAMEC, J. a kol.: *Filosofické problémy medicíny*. Praha: Socialistická akademie, 1968.

Akademický slovník cizích slov, Kraus, J. a kol. Praha: Academia, 2001.

American College of Dentists. *ACD Test for Ethical Decisions*. Gaithersburg, MD, ACD 1997.

ARDENGI, D.M.: *Dentists' ethical practical knowledge: a critical issue for dental education*. Eur J Dent Educ. 2009 May; 13(2), s. 69–72.

ARISTOTELES: *Etika Nikomachova*. Praha: Jan Laichner, 1937.

ATKINSON, R.L.: *Psychologie*, 2. vydání. Praha: Portál, 2003.

BEAUCHAMP, T. L., CHILDRESS, J. F.: *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford University Press, 1994, 4. vydání.

BLECHA, I.: *Proměny fenomenologie*. Praha: Triton, 2007.

BLUMENTHAL-BARBY, K.: *Kapitoly z thanatologie*. Praha: Avicenum, 1987.

BRÁZDA, O.: *K otázce fokální infekce*, in: *Praktický lékař*, roč. 1953, č. 3, s. 125–127.

BRÁZDA, O.: *K otázce fokální infekce*, in: *Praktický lékař*, roč. 1953, č. 3, s. 125–127.

BRÁZDA, O.: *K otázce fokální infekce*, in: *Praktický lékař*, roč. 1953, č. 3, s. 125–127.

COHEN, M.A.: *Bioetické principy distributivní spravedlnosti a státu*.

The bioethical Principle of Distributive justice and the State.

<http://www.email.cz/getAttachment?session=%B5%06%F0%9A%F0J%BD%D5%26...> [2009-10-30].

COTRUFO, M., CARROZA, A., ROMANO, G., DE FEO, M., DELLA CORTE, A.: *Infective endokarditis of native cardiac valves: 22 years surgical experience*. J Heart Valvae Dis, Jul 2001, 10(4), s. 478–485.

Československá stomatologie (Zubní lékařství), Praha, roč. 1937, s. 553.

Československá stomatologie (Zubní lékařství), Praha, roč. 1937, s. 552.

Československá stomatologie (Zubní lékařství), Praha, roč. 1937, s. 555.

Československá stomatologie (Zubní lékařství), Praha, roč. 1937, s. 435.

Československá stomatologie (Zubní lékařství), Praha, roč. 1937, s. 739.

Československá stomatologie (Zubní lékařství), Praha, roč. 1937, s. 740.

Československá stomatologie (Zubní lékařství), Praha, roč. 1937, s. 741.

DARBY, M. L., WALSH, M. M.: *Dental Hygiene Theory and Practice*. 1. vydání. Philadelphia: W.B. Saunders, 1994, s. 98.

Dentistry and Ethics: A Symbiosis and Challenge

<http://www.icd.org/globe-news/2009/dentistryandethics.htm> [19-05-2010].

DULEY, S.I. et al.: *Dental hygiene students' attitudes toward ethical dilemmas in practice*. J Dent Educ. 2009 Mar; 73(3), s. 345–357.

ELLEN, R.P., SINGLETON, R.: *Human rights and ethical considerations in oral health research*. J Can Dent Assoc. 2008 Jun; 74(5), s. 439.

Encyclopaedia of Philosophy

<http://plato.stanford.edu/entries//information-semantic/> [03-03-2008].

Ethics Handbook for Dentists

<http://www.email.cz/getAttachment?session=%20%A3%EB%05%87%E8f%D3%F>

D

... [19-05-2010].

EVANS, C.A.: *Eliminating oral health disparities: Ethic workshop reactor com-ments*. J Dent Educ. 2006 nov; 70(11), s. 1180–1183.

FEARN, N.: *Jak a o čem přemýšleli filosofové (od antiky k postmoderně)*. 1. vydání české, Praha: Portál, 2004.

FDI WORLD DENTAL FEDERATION : Dental Ethics Manual,2007,www.fdiworlddental.org

GARBIN, C.A. et al.: *Analysis of the ethical aspects of professional confidentiality in dental practice*. J Appl Oral Sci. 2008 Feb; 16(1), s. 75–80.

GROL, A., SCHNEIDER, M., GAIDA, B. J., HUBNER, K.: *Infectious endocarditis from morphologic viewpoint: on pathology and clinical aspects of 97 autopsy cases*. MedKlin (Munich) Feb 1991, vol 18, 86(2), s. 59–70.

HAŠKOVCOVÁ, H.: *Práva pacientů*. Havířov-město: Nakladatelství A. Kutilové, 1996.

HAŠKOVCOVÁ, H.: *Rub života – líc smrti*. Praha: Orbis, 1975.

HAŠKOVCOVÁ, H.: *Informovaný souhlas-proč a jak?* Praha: Galén,2007

HNILICOVÁ H., BENCKO, V.:Kvalita života, Praha,*Praktický lékař*,2005,85(11, s.656-660.

CHAMBERS, D.W.: *Finding our place in dental ethics*. Pa Dent J 2009 May–Jun, 76(3), s. 27–31.

Kol. autorů: *Filosofie a medicína*, sborník. Martin: Osveta, 1977.

KOŘENEK, J.: *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2002.

LI et al.: *Systemic diseases caused by oral infection*. Clinical Micr. 2010-03-29; 13(4), s. 547–574.

MAIO, G.: *The dentist between medicine and cosmetology. Ethical shortcomings of the esthetics boom in dentistry.* Schweiz Monatsschr Zahnmed. 2009; 119(1), s. 47–56.

MAREŠ, J. Zjišťování kvality života související s orálním zdravím u dětských pacientů, přehledová studie, GA ČR, výzkumný projekt č.: 406/06/0035, LSK, 2009, 19(6), s.179-183

MUNZAROVÁ, M.: *Zdravotnická etika od A do Z.* Praha: Grada Publishing, 2005.

NASH, D.A.: *Ethics, empathy, and the education of dentists.* J Dent Educ 2010 Jun, s. 567–578.

NEWBRUN, E.: *Professional ethics and professional etiquette in dentistry: are they compatible?* J Hist Dent. 2007; 55(3), s. 171–185.

OZAR, D T., SOKOL , D.J., *Dental ethics at chairside: professional principles and practical applications*, 2. vydání , Georgetown University Press, Washington, D.C., 2002, s. 68–83.

OZAR, D.T.: *On ethics at chairside.* J Am Dent Assoc. 1998 May; 116(6), s. 697.

ONDOK, J.P.: *Bioetika, biotechnika a biomedicína*, Triton, Praha, 2005, s.17,..41.

PACLT, I. a spol.: *Depresivní poruchy v ordinaci praktického lékaře.* 2005, s. 27.

PACLT, I. a spol.: *Depresivní poruchy v ordinaci praktického lékaře.* 2005, s. 28–46.

PAICHL, P.: *Dějiny zubní medicíny.* NUGA, nakladatelství a vydavatelství, Praha, 2000, s. 19.

PAICHL, P.: *Dějiny zubní medicíny.* NUGA, nakladatelství a vydavatelství, Praha, 2000, s. 19.

PAICHL, P.: *Dějiny zubní medicíny*. NUGA, nakladatelství a vydavatelství, Praha, 2000, s. 20.

PAICHL, P.: *Dějiny zubní medicíny*. NUGA, nakladatelství a vydavatelství, Praha, 2000, s. 33.

PAICHL, P.: *Dějiny zubní medicíny*. NUGA, nakladatelství a vydavatelství, Praha, 2000, s. 163–164.

PAYNE, J.: *Klinická etika*. Praha: Triton, 1992.

PAYNE, J.: *Smrt jediná jistota*. Praha: Triton, 2008.

PELIKÁNOVÁ, M.: *Spravedlnost bez soukromého vlastnictví*. Recenze: Rawls, J. *Teorie spravedlnosti*. Praha: Victoria Publishing.

<http://pes.fsv.cuni.cz/recenze_pelikanova_teorsprav.htm> [15-05-2009]

PELTIER, B.: *The ethical responsibility of professional autonomy*. J Calif Dent Assoc. 2001 Jul; 29(7), s. 522–525.

PLATÓN: *Zákony*. Praha: Oikumené, 1997, 720 c–d.

PLATÓN: *Zákony*. Praha: Oikumené, 1997, 857 c–d.

PTÁČEK, R., BARTUNĚK, P. a kol.: *Etika komunikace v medicíně*. Grada, Praha, Grada, 2011, s. 334–337.

RAWLS, J.: *Teorie spravedlnosti*. Praha: Victoria Publishing, 1995, s. 126–127.

REID, K.I.: *Respect for patients' autonomy*. J Am Dent Assoc. 2009 Apr; 140(4), s. 470–474.

RULE, J.T., VEATCH, R.M.: *Ethical Questions in Dentistry*. 2nd edition, Carol Stream, Illinois: Quintessence, 2004.

SHAW, D.: *Ethics, professionalism and fitness to practise: three concepts, not one*. Br Dent J. 2009 Jul 25; 207(2), s. 59–62. RULE, J.T.: *The dilemma of*

access to care: symptom of a systemic condition. Dent Clin North Am. 2009 Jul, 53(3), s. 421–433.

SCHUMANN, N.J., TURNER, J.E.: *Ethical decision in dental treatment planning using the Ozar model: descriptive study of fifty-two consecutive patients.* J of Clin Ped Dent 1997, 21, s. 193–199.

STOLÍNOVÁ, J., MACH, J.: *Právní odpovědnost v medicíně*, 1. vydání, Praha: Golem 1998. Komentované přílohy: *Úmluva o lidských právech v biomedicíně*, čl. 3 Rovná dostupnost zdravotní péče; Kapitola II Souhlas – čl. 5 Obecné pravidlo, čl. 6 Ochrana osob neschopných dát souhlas; § 23 zákona č. 20/1966 Sb.

Systemic Diseases Caused by Oral Infection

<http://www.email.cz/getAttachment?session=%5E1q%C4%22I%EC%07g%9E%F6%20...> [29-03-2010].

ŠUSTEK, P., HOLČAPEK, T.: *Informovaný souhlas.* Praha: ASPI, a.s., 2007, s. 89.

TÁBORSKÝ, J., NOVOTNÝ, K., VANĚK, I.: *Infectious complications of prosthetic vascular grafts: the pathology, clinical practice and their management.* Cor Vasa, 2002, 44(1), s. 12–17.

The Role of Oral Disease in Systemic Disorders

<http://www.email.cz/getAttachment?session=%B0%96%I2%DE%E1%AD%B9%D%20...> [05-03-2010].

TĚŠINOVÁ, J., ŽĎÁREK, R., POLICAR, R.: *Medicínské právo, Praha, nakladatelství C.H. Beck, 2011.*

THOMASMA, D. C., KUSHNER, T.: *Od narození do smrti. Etické problémy v lékařství.* Praha: Mladá fronta, 2001, 390 s., ISBN: 80-204-0883-5.

VONDRÁČEK, L., DVOŘÁKOVÁ, V.: *Pochybení a sankce při poskytování lékařské péče*. Praha: Grada Publishing, 2007.

VONDRÁČEK, V., DOBIÁŠ, J. a kol.: *Lékařská psychologie, SZN, Praha, 1969*.

WILLERHAUSEN, B., KASAJ, A., WILLERHAUSEN, I., ZÁHORKA, D. et al.: *Association between chronic dental infection and acute myocardial infarction*. J Endodont. 2009 May, 35(5), s. 626–630.

YOUNG, S. E.: *Etiology and epidemiology of infective endocarditis in England and Wales*. J Antimicrob Chemother, Sep 1987, 20 Suppl. A, s. 7–15.