



KARLOVA UNIVERZITA V PRAZE
1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA
VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
ÚSTAV HYGIENY A EPIDEMIOLOGIE
128 00 Praha 2, Studničkova 7

OPONENTSKÝ POSUDEK DIZERTAČNÍ PRÁCE:
ETIKA VZTAHU PACIENT-LÉKAŘ VE STOMATOLOGII

Autorka: MUDr. Irena Pipková

Dizertace byla vypracována na školícím pracovišti, kterým byl Ústav humanitních studií na 1. LF UK v Praze pod vedením školitele Prof. PhDr. Miloslava Bednáře, CSc. a školitele konzultanta Prof. MUDr. Jiřího Mazánka, DrSc.

Cílem práce bylo zkoumání oprávněnosti téze o nezbytnosti specifické hierarchie hodnot v oboru stomatologie u vážně nemocných pacientů trpících kardiovaskulárním onemocněním a pacientů po transplantacích.

Oponovaná dizertační práce má celkem 124 stran, vlastní text je po ocitování české a anglické verze abstraktu členěn do 8 kapitol a na konci je uvedeno 63 citací literatury (po odečtení duplicit a několika triplicit).

V úvodu se práce zabývá s odvoláním na klasické literární prameny rozvojem oboru od nejstarších civilizací starověku přes středověk a novověk a až po současnost, a také postupným nástupem etických aspektů do oboru stomatologie s tím, jak se v průběhu času obor rozvíjel. Pro nezasvěceného je to zajímavé a současně poučné pojednání o transformaci původního zubního lékařství na stomatologii novověku, která se začala rozvíjet v průběhu 19. století.

V této úvodní části nejvíce oceňuji část věnovanou fokální odontogenní infekci (FOI), komplexně pojatou její diagnostiku a popis alternativ terapie a jako hygienik a epidemiolog oceňuji popis alternativ prevence v uvedeném kontextu. Autorka správně uvádí také výčet fokálních infekcí, které nejsou odontogenního původu. Přesto že díky všeobecně akceptované krátkodobé antibiotické profylaxi při závažných chirurgických výkonech včetně v oboru stomatochirurgie je incidence endokarditidy a infekcí cévních štěpů mírně klesající, nicméně záchyt pozitivních hemokultur u starších pacientů a u drogově závislých jedinců je stále častější.

V kapitole Fokální odontogenní infekce na str. 22 se autorka postupně začíná zabývat vlastním předmětem dizertace. Technický rozvoj oboru stomatologie, s novými metodami, přístroji, materiály a postupy dává do souvislosti se vznikem zájmu o etické problémy ve stomatologii. Zároveň odhaduje, že nárůst zájmu o etická hlediska v zubním lékařství je ve srovnání s jinými lékařskými obory asi o 15 let zpožděn. Důkazem toho by mohlo být např.

publikování první monografie zabývající se dentální etikou až v roce 1993, kde byl ústředním problémem informovaný souhlas pacienta.

Autorkou diskutovanou hierarchii hodnot publikovali autoři Ozar a Sokol v 90-tých letech 20. století, kterou posléze revidovali v roce 2002.

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).

V úvodu následujících klíčových kapitol dizertační práce autorka konstatuje, že vztah mezi lékařem a pacientem je založen (přesněji optimálně: měl by být založen) na vzájemné důvěře. V současné historické etapě není paternalistický, jako v dobách minulých.

Významný prostředek k navázání kontaktu s nemocným představuje anamnéza. Získání anamnézy přináší poučení o duševním stavu, způsobu reagování, hodnotách a postojích pacienta.

Reakce na fakt onemocnění mají rozmanitou povahu, avšak pro každého pacienta představují novou životní zkušenost, s kterou se musí vyrovnat. Formy tohoto vyrovnávání závisejí na typu osobnosti. Lékař musí nejen kontakt s pacientem navázat, ale udržovat ho po celou dobu léčení.

Dále si autorka klade otázku: Ovlivňuje hledisko strachu vzájemný vztah lékaře? Cituje opět klasiky, Platóna a Herakleita a vyvozuje, že další úkol lékaře spočívá v eliminaci strachu a úzkosti. Přehnaný strach nebo úzkost ztrácejí svůj ochranný charakter a stávají se samy škodlivinou. Za důležitou překážku ve vztahu lékaře a pacienta ve stomatologii se jeví stomatofóbie, o kterou se již autorka osobně zajímala. Stomatofóbií popisuje jako extrémní, iracionální a neopodstatněný strach ze zubního ošetření. Rozlišují se její různé stupně.

Postižení jedinci vyžadují nezbytně zvýšenou pozornost lékaře při rozhovoru, který vyústí v informovaný souhlas pacienta. Vyžaduje to více trpělivosti, času ze strany zdravotníků: lékaře a zdravotnického personálu, než u jedinců, kteří netrpí touto poruchou.

Informovaný souhlas stojí v popředí bioetických témat, což souvisí podle autorky s rozvojem medicíny, přestože jeho historie a institucionalizace jsou nedávné.

Termín informovaný souhlas se objevil v padesátých letech minulého 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. Nejsilnějším podnětem tohoto posunu je princip autonomie. Cílem, kromě posílení autonomie, je snižování rizika, vyvarování se nečestnosti a předcházení možnosti zneužití lékařského zákroku. Historicky se zde objevuje sociální požadavek na ochranu práv pacientů. Autorka rozlišuje dva významy informovaného souhlasu: 1. analyzovatelný, který znamená individuální autonomní autorizaci lékařské intervence nebo části výzkumu, a 2. ve smyslu právním nebo institucionálním, kde není informovaný souhlas nezbytně autonomním jednáním, ale jde o účinnou právní autorizaci. Někteří autoři se pokoušejí definovat její 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 právní, lékařská, filosofická a psychologická podporuje následující komponenty informovaného souhlasu: způsobilost, odkrytí pravdy/seznámení s reálným stavem a možnostmi řešení, porozumění, dobrovolnost souhlasu.

Při pohledu na princip spravedlnosti ve zdravotnictví autorka vychází opět z klasiků (Etika Nicomachova) a spravedlnost pokládá za hodnotu mravní. Problematika spravedlnosti souvisí v širším pohledu zejména s tematikou vážně nemocných pacientů ve stomatologii.

Ze všeobecného hlediska spravedlnost ve zdravotnictví se pracuje s hodnotami samotného jedince a jeho kvalitou života, délkou života, jeho rehabilitací po operaci, po transplantaci orgánu. Z pohledu pacienta je někdy názor odlišný od lékaře, který mu určuje léčbu. Lidé méně stateční přijmou lékařem navrhované řešení až když je pozdě. Lidé statečnější přijímají hierarchii hodnot adekvátně svému zdravotnímu stavu. Statečnost je tak centrálním pojítkem mezi oběma autonomiemi, autonomií lékaře a pacienta. Statečnost prokazuje u příslušného jedince zároveň cnost moudrosti, jestliže zvolí správné pořadí hodnot z hlediska rozhodnutí ve prospěch svého dlouhodobého dobra.

Otázky k tématu dosažení adekvátní zdravotní péče jsou již tradičně zdrojem sporů v oblasti praktické zdravotní politiky. Otázky spravedlivé alokace dostupných zdrojů se opakují i v distribuci zdravotního pojištění, nákladovosti zdravotního vybavení, umělých nebo náhradních orgánů a podobně. Bez ohledu na různé teorie spravedlnosti širokou podporu mají dvě práva na rozsah zdravotní péče. Právo na (1) rovný přístup k péči a (2) právo na „decent minimum“ tedy standardní péči, nikoliv „optimální“ nebo „maximálně možnou“. Lze souhlasit s autorkou, že tento přístup vyjadřuje určitý kompromis mezi všemi základními směry. Tento koncept má svá úskalí a směšuje soukromé a veřejné formy přerozdělování. Je důležité, aby stát pevně definoval, co je přesně „standardní péče“. Opět je možné bez výhrad souhlasit s názorem autorky, že vypracování odborných standardů ve stomatologii, podobně jako i v jiných oborech medicíny, se neobejdeme.

Na základě výše uvedených bodů se budeme lépe řídit principem distributivní spravedlnosti, uskutečňovat a provádět alokaci vzácných zdrojů v našem zdravotnictví. V těchto bodech autorka spatřuje v oboru stomatologie 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.

Další otázka je o poskytování péče se vzácnou léčbou. Mnohé z medicínských zdrojů nebo postupů, jako je např. insulinová léčba, dialýza ledvin, transplantace, místa na JIP apod. jsou určeny pro specifické skupiny pacientů. Tato opatření jsou ještě složitější, pokud choroba bezprostředně ohrožuje život a nadstandardní terapie může život zachránit. Otázka zní: kdo bude žít, když nemůže žít každý? Taková rozhodnutí řeší v různých státech různě-včetně omezujících kritérií.

Důsledky pro etiku ve stomatologii:

Ze všech tří základních teorií distribuce: utilitaristická, libertariánská a rovnostářská se zdá jako nejpřijatelnější východisko pro distributivní spravedlnost rovnostářská teorie, podle které nezávislé principy spravedlnosti jsou morálním určujícím faktorem. Extrémní egalitáři požadují rozdělování všech prostředků a služeb tak, aby vznikla naprostá rovnost.

Mírnější zastánci, ke kterým patří nejen autorka, ale i oponent, respektují meze přidělování zdrojů a prostředků pro poskytování péče a připouští návrh dvoustupňového systému: první

stupeň zahrnuje poskytování standardní péče všem, druhý stupeň možnost zakoupit si nadstandardní ošetření.

Nemocní se kromě jiného 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: je nutné stále prohlubovat odborné znalosti lékařů, vyčlenit si více času na pacienta ke sdělení nutných informací, jež jsou předpokladem informovaného souhlasu. Vztah lékaře a pacienta je dán do určité míry i schopností empatie, z níž bude plynout jejich vzájemná důvěra.

V odborných kruzích se navrhuje přesné postupy, které se obnovují, jak se má postupovat v léčení *lege artis* ve stomatologii, abychom odstranili FOI, i směrnice pro užití antibiotik a současně jsou snahy uplatňovat důsledně i principy autonomie, beneficence, nonmaleficence a zvláště zvážení rizika a užitku pro pacienta.

Závěry a doporučení pro praxi navrhované autorkou jsou užitečné a aplikovatelné, protože se opírají o vlastní zkušenosti.

Ozřejnění pojmu fokální odontogenní infekce s jejími příčinami a následky, podle oponenta i s potenciálními zdravotními riziky a v neposlední řadě s možnostmi prevence považuje autorka v dnešní medicíně za přínosné a nutné s čím lze bez výhrad souhlasit. Zlepšení aktivit v oblasti prevence, zejména primární by mohlo odbourat část nákladů a případné problémy v péči o nemocné s kardiovaskulárním postižením a u pacientů po transplantaci.

Pro ilustraci dilemat na zubním kresle uvádí autorka popis nejčastějších konfliktů, které řeší každodenně na zubním kresle lékař u běžné populace. 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, v době kdy pacient nemá trvalé obtíže a tudíž se nechce zubů vzdát. Další dilema v zubní praxi jsou např. alternativy ošetření, např. po odlomení hrbolku stoličky, kterých vypočítává autorka 8! z nichž ta nejradikálnější je ovšem extrakce zubu.

Obecně musí být pacient seznámen s možnostmi a alternativní léčbou, v optimálním případě také vědět kdo bude provádět léčbu a musí být informován, jaké budou náklady. Autorka doporučuje poskytnout pacientovi možnost seznámení se také s rozdílnými názory jiných odborníků a na možnosti jimi preferované léčby.

Připomínky a dotazy: Doporučuji, aby před uložením elektronické verze dizertace do databáze projektu THESES autorka standardizovala způsob citací literatury, odstranila terminologické nepřesnosti (často používané variace ustáleného termínu „informovaný souhlas“) a korigovala drobné technické nedostatky (převážně překlepy).

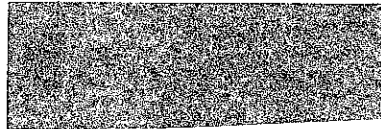
Autorka realisticky popsala nejen historii, ale zejména současnou situaci v oboru a vyjádřila explicitně svůj kritický názor na současný stav primární prevence v oboru stomatologie.

Proto dotazy: Co by autorka navrhovala ke zlepšení současného neutěšeného stavu? Další dotaz se týká názoru autorky na zrušení školní zdravotní služby v kontextu pravidelných vyšetření stavu chrupu školní mládeže? Poslední dotaz ke klíčovému problému dizertace:

Jaký by tedy měl být snad optimální přístup stomatologa k pacientovi s vážným onemocněním na zubním kresle z etického hlediska?

Závěr: Oponovaná dizertační práce splňuje legislativní nároky kladené na dizertační práce v oboru bioetikaa co zvláště oceňuji, vychází z osobních zkušeností autorky a představuje komplexní pohled na současné etické aspekty vztahu lékař-pacient ve stomatologii.

Oponovaná dizertační práce prokazuje schopnost autorky k samostatné tvořivé vědecké práci. Proto doporučuji, aby oponovaná dizertační práce MUDr. Ireny Pipkové byla přijata jako podklad k obhajobě a po úspěšné obhajobě posloužila jako podklad pro udělení titulu PhD v oboru bioetika podle současné legislativy týkající se udělování vědeckých hodností.



V Praze dne 19. března 2014

Prof. MUDr. Vladimír Bencko, DrSc.