Lékařská etika

Jiří Šimek

Následující text je převzatý s laskavým svolením autora doc. Šimka z jeho knihy Lékařská etika, která byla publikovaná ve vydavatelství Grada v roce 2015.

Co je lékařská etika a jaké je její poslání

Jak jsme se již zmínili v předchozí kapitole, morálka (etika) je sice nedílnou součástí medicíny od samotného počátku, avšak termínem lékařská etika nebo bioetika (termín užívaný v USA ve stejném významu) je v současné době obvykle označován moderní medicínský obor, jehož vznik lze datovat k roku 1969. Poslání a smyslu lékařské etiky jako nového oboru nejlépe porozumíme, když si porovnáme, jak vypadala medicína v roce 1947, kdy snaha profesora Boučka založit deontologii jako medicínský obor ještě nevzbudila žádnou pozornost a jak se změnila do roku 1969, kdy vznik a rozvoj lékařské etiky se již stává žádoucí iniciativou. Již na první pohled vidíme, že jde o období, ve kterém se medicína radikálně proměňuje. Motorem všech změn je především stále rychlejší rozvoj vědy a medicínských technologií. Lékaři konečně dostávají do ruky dokonalejší diagnostické a léčebné prostředky, které umožňují diagnostikovat a léčit nemoci, proti kterým byli lidé do nedávna zcela bezmocní – příkladem mohou být infekční nemoci, avitaminosy, cukrovka. Podstatně lépe byly propracovány chirurgické techniky. V dalších desetiletích pak s každým rokem možností přibývá. Medicína sedmdesátých let je jistě nesrovnatelná s medicínou padesátých let, ale možnosti současné medicíny jsou ještě podstatně širší a překonávají všechna očekávání předchozích období.

Paralelně s vývojem v medicíně jde i vývoj ve společnosti. V našem civilizačním okruhu definitivně vítězí demokratické uspořádání, ve kterém pravidla hry a tedy i legislativa vychází od jedince a jeho práv. Právo na sebeurčení, pokud možno ničím nerušené, se stává až modlou současného člověka. Současně roste vzdělanost lidí. Schopnost číst a psát je již celé století samozřejmostí, přidává se tisk, rozhlas a televize, v posledních letech internet. Výsledky vědeckého bádání v medicíně jsou těmito cestami bohatě popularizovány. Pacient

již není bez medicínských znalostí a proto je též méně závislý na poučování lékaře, může mít svůj názor a může klást zasvěcenější otázky.

Téměř bezmezná důvěra k lékařům dostala v tomto období své první trhliny. Po druhé světové válce byly odhaleny zločiny, které v koncentračních táborech páchali někteří němečtí lékaři. Také se lidé dověděli, s jakou ochotou mnozí němečtí lékaři realizovali zákony o euthanasii a sterilizaci „méněcenných" jedinců. S prudkým rozvojem medicíny je důvěra k lékařům vystavena další zkoušce. Stále naléhavěji se vnucují otázky: Dokáží všichni lékaři sledovat tento rychlý rozvoj? Nepoškozují někteří lékaři své pacienty tím, že díky nedostatečnému zájmu o novinky v medicíně používají již zastaralé metody? Neupřednostňují někteří lékaři ekonomické stránky medicíny před potřebami nemocných?

Tak se stalo, že v medicíně sedmdesátých let se objevuje řada nových prvků, do té doby nevídaných. Technologický rozvoj sice přinesl výrazné rozšíření možností v diagnostice a léčbě nemocí, avšak v souvislosti se stejně nebývalým rozvojem demokratických společností se stal také zdrojem zcela nových problémů. Lékařská etika vznikla z nutnosti na tyto převratné změny a na nová mravní dilemata adekvátním způsobem odpovědět.

Nejnaléhavější problémy se vynořují v souvislosti s proměnami ve vztahu lékaře (či zdravotníka vůbec) a pacienta a také v souvislosti se změnami ve fungování zdravotnických institucí. Zcela nový okruh problémů vyrůstá z nových možností, které přináší technologický pokrok a zcela zvláštní kapitolou lékařské etiky se stala problematika výzkumu.

Proměny ve vztahu lékaře a pacienta

Vztah mezi lékařem a pacientem byl vždy jedním z hlavních předmětů zájmu lidí zabývajících se morálkou v medicíně. Lékař odedávna patřil k lidem s nejvyšším vzděláním, nejlépe znal podstatu a průběh nemocí, a proto byl uznávaným rádcem a průvodcem nemocných a jejich blízkých v obtížné situaci choroby. Byl nositelem významných vědomostí

a zručností v oblasti zdraví a nemoci a jeho hlavním mravním úkolem bylo toto své vzdělání užívat k prospěchu nemocných. Pokud dostával svým mravním závazkům, jeho autorita byla nezpochybnitelná. Protože jeho posláním bylo jednat v nejlepším zájmu svých pacientů a jejich rodin, nebylo spatřováno nic špatného na tom, když čas od času jednal bez přímé domluvy s nemocným a někdy dokonce před ním zatajil některé podstatné okolnosti choroby. V poslední době se ale vztah mezi lékařem a pacientem významným způsobem proměnil. Nejpodstatnější změna spočívá v tom, že lékař přestává být odborníkem rozhodujícím o všem podstatném, co se bude dít a stává se stále více partnerem v dialogu. Řečeno jinými slovy, pacienti stále více spolurozhodují o způsobu stanovení diagnosy a o zvolených léčebných postupech. Tato změna není samoúčelná, má řadu svých dobrých důvodů.

V tradičním pojetí byl lékař především rádcem a průvodcem nemocného a jeho příbuzných chorobou, protože ovlivnit průběh choroby mohl jen ve velmi omezené míře. Jeho hlavní mravní povinností bylo pěstovat medicínskou moudrost a pomáhat nemocným všude tam, kde to bylo možné. Protože obvykle nebyl schopen radikálně změnit průběh choroby, nebylo považováno za zásadní mravní chybu, když nebyl k dispozici všem nemocným. S tím, jak se v průběhu devatenáctého a dvacátého století objevovaly stále nové vědecké poznatky a dařilo se rozumět podstatě stále většího počtu nemocí, společenská vážnost lékařů rostla. Když pak přece jen začalo být možné změnit průběh některých chorob aktivní léčbou, autorita lékařů ještě dále vzrůstala, v polovině dvacátého století se již zdála být autorita lékaře - znalce medicíny a zachránce lidských životů - neotřesitelná. S každým desetiletím se otevíraly nové možnosti. Nové objevy a jejich postupné zavádění do praxe jako asepse, vitamíny, insulin, kardiotonika, antibiotika či neuroleptika bylo vždy spojeno s možností pomoci dalším a dalším nemocným. Pokud v té době lékaři rozhodovali sami a bez domluvy s nemocným, bylo to přijímáno s tichým souhlasem všech, protože nebylo pochyb, že hlavní cíl medicíny –

záchrana co největšího počtu nemocných nebo alespoň účinná úleva v jejich trápení – je dobrý.

Další obrovský nárůst možností a síly medicíny ve druhé polovině dvacátého století však tento idylický obraz postupně změnil. Především se objevily dva nové fenomény, se kterými bylo nutné se nějak vyrovnat.

První spočívá ve vlastním nárůstu možností. Až do druhé poloviny dvacátého století bylo považováno za úspěch, když medicína disponovala alespoň nějakou léčbou dané choroby. V dnešní době velmi často existuje výběr z několika různých možností. Ty možnosti jsou někdy z medicínského hlediska téměř shodné, jindy stojí proti sobě metoda účinná, ale riskantní, proti metodě s méně riziky, ale také s menší pravděpodobností úzdravy. Ani ten nejmorálnější lékař, plně oddaný nejlepším zájmům svých pacientů, nemůže rozhodnout, která cesta je ta „správná“. Záleží totiž na osobnosti a pořadí hodnot toho, koho se nejvíce týká, tedy pacienta. Někdo rád riskuje s nadějí většího zisku, někdo se raději drží „při zdi“. Kromě toho jsou pacienti, kterým takové procedury jako je operace, po které zůstává jizva, nevadí, jiní jsou ochotni se jim podrobit jen v situaci nejvyšší nouze. Pro některé pacienty je nutnost dodržovat dietu výzvou osudu k úpravě jídelníčku, pro jiné je životní katastrofou. Za těchto okolností nezbývá než se s pacientem o strategii léčby domluvit.

Druhý fenomén zasahuje medicínu hlouběji a přináší proto ještě více problémů. Ještě v šedesátých letech dvacátého století bylo každé zachránění lidského života vnímáno jako nezpochybnitelný úspěch medicíny. Když lékař něco takového dokázal, byť i mimořádnými prostředky, pacient i jeho příbuzní mu s dojetím děkovali a jeho společenská prestiž vzrostla. V současné době zachraňovaní i zachránění pacienti stále častěji vyjadřují nesouhlas, jehož podstatu lze vyjádřit dvěma jednoduchými formulacemi: „Za tuto cenu si záchranu života nepřeji.“ „Bylo by lepší zemřít, než takto žít“. Současná léčba s použitím nejmodernějších technologií přináší často nemocnému množství obtížných situací. Léčba je spojená s bolestí,

provokuje stud nebo se může dostat do rozporu s pacientovým pojetím lidské důstojnosti. Může také donutit pacienta k radikální změně životního stylu, který mu již nedává smysl. Až příliš často není výsledkem léčby plná úzdrava, ale trvalé zdravotní postižení s vážným zhoršením kvality života. Bývají vážně omezeny možnosti pohybu, narušeny kognitivní funkce, objevuje se patologická rozlada. Stále častějším zdrojem zhoršení kvality života je závislost na přístroji. Kdyby byl vždy výsledkem zdravotní péče zdravý člověk, nejspíše by problém nenastal. Podíváme-li se ale nezaujatě na současnou medicínu, zjistíme, že vedle úspěšně uzdravených pacientů produkuje zdravotní péče i armády invalidů a udržuje při životě obrovské množství chronicky nemocných. A právě odtud se začaly ozývat hlasy, že za tuto cenu si mnozí nemocní záchranu svého života nepřejí.

První na tento nový problém současné medicíny upozornil v médiích Dax (Donald) Cowart, jeho příběh je na celém světě znám jako „Dax's case". Pan Dax byl typický mladý Američan, ničím se neodlišující od mladých mužů jeho věku. V červenci v roce 1973 došlo u něj nešťastnou náhodou k popálení na 60% těla. Při vyřizování společné záležitosti zastavili se svým otcem v lese, aby si zakouřili. Pod zemí vedlo potrubí s hořlavým plynem, které v tu dobu bylo narušeno. Ve chvíli, kdy se pokusili si zapálit cigarety, octl se pan Dax i jeho otec v plamenech. Otec jako starší muž zemřel krátce po nehodě, pan Dax byl odvezen na specializované pracoviště léčby popálenin. Prodělal v tu dobu velmi bolestivou léčbu, která byla od počátku prováděna proti jeho protestům. Pacient opakovaně namítal, že si nepřeje být zachráněn za cenu takového utrpení, utrpení spojené s léčbou bylo takové, že si raději přál zemřít. Když se později dověděl, že zůstane slepý a že některé články prstů na rukou musely být amputovány, s novou intenzitou opakoval svůj požadavek raději zemřít než žít za tuto cenu, navíc když očekávaná kvalita života po doléčení byla také pro něj nepřijatelná. Ze srozumitelných důvodů mu ale nebylo vyhověno. Po vyhojení zůstal se zjizvenou kůží, slepý a chromý díky nutné amputaci několika prstů na rukou. Že své přání raději nebýt než být

doživotním invalidou myslel vážně, dosvědčil ihned po svém propuštění tím, že se pokusil o sebevraždu. Opět byl zachráněn proti své vůli. Je možné říci, že byl současnou medicínou „odsouzen k životu“. V této situaci začal posléze pan Dax hledat nějaké své uplatnění a angažoval se v oblasti práv pacientů. V r. 1974 a pak v r. 1984 nechal natočit dokumentární filmy o svém příběhu. Ve svých dokumentech typicky americkým, objektivním způsobem nejen ukazuje průběh léčby, ale také nechává hovořit všechny účastníky svého osudu. Lékaři snadno obhajují svou léčbu, pravidla hry byla taková. Nejdůležitější částí filmu je záběr, ve kterém dnes již plně kompetentní pacient, který netrpí bolestmi a je i sociálně adaptován, trvá na svém původním postoji: Jednání lékařů, tedy zachránění života proti vůli nemocného, považuje za závažnou chybu. Neváží si svého současného života natolik, aby z jeho pohledu ospravedlňoval utrpení, které mu léčba přinesla. Proto se domnívá, že bylo chybou lékařů, že jej za těchto okolností zachránili. (Childress 1997, Pence 2008), Nutno upozornit, že pan Dax lékaře neobviňuje, při své deklaraci zůstává v rovině mravního požadavku. Soudní spor vedl s firmou, která popálení zavinila, ale ne s lékaři.

Svědectví pana Daxe je pro medicínu závažné z jednoho hlediska. Až do nedávna bylo dobré cokoliv, co lékař dokázal udělat pro záchranu svých pacientů. Dnes již mohou záchranu svého života považovat někteří pacienti za určitých okolností za chybu. V žádném případě to není pouze výrazem toho, že si současní lidé zvykli na pohodlný život a nechtějí přijímat ani nutná životní trápení. Výsledkem snažení zdravotníků je totiž často záchrana života, jehož kvalita je vysoce pochybná. Není možné žádat po každém, aby přijal život závislý na dýchacím přístroji nebo život s kvadruplegií či s jiným podobným vážným omezením.
Z hlediska těchto pacientů je pak možné označit jako chybu, že byli aktivními postupy zachráněni k životu pro ně nepřijatelnému, vždyť přirozeným během věcí by již byli zbaveni veškerého trápení. Jestliže ale připustíme, že za určitých okolností může být záchrana lidského života chybou, situaci lékařů hodně komplikujeme. Pacient, o jehož život jde, bývá

obvykle v bezvědomí nebo trpí takovými bolestmi či úzkostmi, že jeho žádost o ukončení léčby není možné bez výhrad přijmout. Problém nelze tedy jednoduše vyřešit tak, že od této chvíle budou lékaři vyhovovat všem přáním nemocných o ukončení léčby. Není jiné cesty, než pouze tato upozornění brát s plnou vážností a rozšířit již tak dost komplikované rozhodování lékaře o respekt k přáním pacientů vyrůstajících z jejich představ o ještě únosné kvalitě života. Vyhovět takovým nárokům na rozhodovací proces je ve skutečnosti téměř nemožné. Snahy řešit tento vážný problém vedou v posledních letech k týmové spolupráci při rozhodování v medicíně a také ke zvýšené vážnosti odborníků v etice. Zvažování všech možných okolností je totiž jediným možným způsobem jak řešit problémy rozhodování v závěru života, a právě to patří v současné etice k základním dovednostem. Proto se etické konzultace ukazují být dobrou pomocí v této oblasti.

Současné požadavky na stále širší spolurozhodování pacienta o všech důležitých věcech se setkávají s jednou vážnou námitkou. Pacient – laik nemůže porozumět všem okolnostem diagnostiky a léčby tak, aby mohl učinit skutečně kvalifikované rozhodnutí. I tuto námitku je nutné brát zcela vážně. Laik, který nemá medicínské vzdělání ani praktické zkušenosti, nemůže dost dobře sám rozhodovat o strategii diagnostického procesu a o léčbě. Přesto ale pacienta nelze při rozhodování obejít. V první řadě jde o zásadní, můžeme říci i fundamentálně mravní, důvod. Představme si, že lékař rozhodne o amputaci nohy nebo o jiné podobné operaci. Bez nohy nebo s jinak znetvořeným tělem bude ale žít někdo jiný – pacient. Tedy jeden člověk činí rozhodnutí a druhý nese následky. Tak to z hlediska mravního není přijatelné. Druhý významným důvodem spolurozhodování pacienta a lékaře je již zmíněný fakt, že možnosti dnešní medicíny jsou velmi široké. Chirurgickými výkony je možné radikálně změnit tělesné schéma, léčebná a režimová opatření často zásadním způsobem ovlivňují kvalitu života nemocného. V takových případech řeší pacient otázku smyslu dalšího života v nových, často nečekaně náročných podmínkách a proto do rozhodování vstupují

vedle argumentů biologických i hodnotové soudy. Z těchto důvodů není možné pacienta z rozhodovacího procesu vyloučit. Etika ani zde situaci lékařů nezjednodušuje, ale komplikuje. I z tohoto hlediska nezbývá než připomenout tezi, kterou v této knize budeme mnohokrát opakovat: Současná doba je doba dialogická, o většině věcí je nutné se dohodnout v kvalifikovaném dialogu. Také rozhodování v medicíně se stává stále více dialogem.

Dehumanizace medicíny

Dehumanizace medicíny je dnes již zavedený pojem a představuje jeden z prvních negativních důsledků rozvoje technologické medicíny. (např. Hacque and Waytz 2012) V šedesátých letech dvacátého století dostala klinická medicína rozhodující vhledy do fyziologických a patofyziologických funkcí. Spektrum laboratorních a zobrazovacích vyšetřovacích metod se výrazně rozšířilo a lékaři dostali k dispozici řadu nových přístrojů. Vedle nesporného prospěchu pro nemocné byl však tímto vývojem také postaven základ pro nedobré změny ve vztahu mezi lékaři a pacienty. Zjednodušeně je možné říci, že podstatou změn, které označujeme jako dehumanizace medicíny, je fakt, že se mezi pacienta a jeho lékaře postavil přístroj a zdravotnická technologie vůbec. Přímý kontakt lékaře a pacienta je omezen, lékaři stále více pozornosti přesouvají z nemocného na přístroje. Rozvoj farmakologie a vývoj nových léků v nejrůznějších aplikačních formách vede k dalšímu omezení kontaktu. Pacientovi již není nutné nic vysvětlovat, stačí napsat recept a lékárník pak vysvětlí nemocnému, jak lék užívat. Přesun pozornosti lékaře od pacienta a od rozhovoru s ním k přístrojům a ke studiu farmakologie a psaní receptů vnímají mnozí pacienti nedobře a cítí se být zanedbáváni. Pocity pacienta v takto uspořádané zdravotní péči snad nejlépe popsal Anderson ve své preambuli k historicky prvnímu kodexu práv pacientů (Haškovcová, 2002)

Dehumanizace medicíny je poměrně komplexní fenomén a každé jeho neoprávněné zjednodušení vede jen k novým a novým zklamáním všech aktérů. Především je nutné

připustit, že dehumanizaci medicíny umožnil fakt, že omezení komunikace mezi lékařem a pacientem nemusí samo o sobě vést nutně ke zhoršení biologické stránky medicínské péče. Z ryze medicínského hlediska, tedy z pohledu úzce zaměřeného, biologicky vzdělaného lékaře, totiž lékař dnes již nepotřebuje tolik hovořit se svým pacientem, některá pacientova sdělení mohou být dokonce i zavádějící. Ještě nedávno platila dobrá rada, kterou dostávali studenti medicíny od svých učitelů: „poslouchej pacienta, říká ti diagnosu“. Dnes spíše říkáme studentům: „poslouchej pacienta opatrně, může tě svést na scestí“. Po pravdě řečeno, anamnéza a fyzikální vyšetření lékaři v současné době poskytují již jen hrubou orientaci kam zaměřit vyšetřovací program a dovedeme si představit, že většinu těchto údajů by bylo možné získat tak, že pacient odpoví na několik sofistikovaných otázek předložených počítačem. K postavení správné diagnosy a ke stanovení léčebné strategie lékař dnes totiž potřebuje vidět čísla – výsledky laboratorních vyšetření nebo obrázky – produkty zobrazovacích technik. Dehumanizace medicíny tedy primárně nevyrůstá ze ztráty zájmu lékařů o dobro jejich pacientů, ale ze změněných možností. To, co pacienti odedávna vnímali jako nejpodstatnější součást medicíny, tedy rozhovor, rady a provázení úskalími choroby, je ve skutečnosti ke stanovení lékařské diagnosy a k úspěšné léčbě stále méně potřeba. Dehumanizace medicíny je proto více nedorozumění než ztráta dobré vůle.

Problém dehumanizace medicíny je však ještě složitější. Laboratorní vyšetření a přístroje se staví mezi lékaře a pacienta z více důvodů. Především se změnilo porozumění podstatě nemocí. Nebývalý rozvoj vědeckého poznání vedl k tomu, že nyní je již možné velmi uspokojivým způsobem porozumět podstatě nemoci a vzniku symptomů na základě ryze biologického pohledu. Lékaři jsou schopni vyléčit mnoho akutních nemocí, i když abstrahují od psychických a sociálních stránek člověka. V tomto kontextu pacient již nemusí být viděn jako trpící člověk, ale jako soubor orgánů, nemoci je možné rozumět jako poruše některého z nich. A lidské tělo je již probádané do takové hloubky a šířky, že je pro lékaře na hranicích

jeho možností do sebe vstřebat a celý život pak obnovovat vše, co je potřeba k porozumění normálních a patologických funkcí těla. Protože jedna lidská mysl nemůže obsáhnout všechno, není divu, že lékaři stále více přijímají zjednodušující biologický model člověka a podceňují humanitní stránky lidského utrpení. Přesně opačně směřuje vývoj ve společnosti. Věda přestává být základem pro výklad světa, stále více se uplatňuje osobní zkušenost člověka a její nejrůznější interpretace. Spor o podobě medicíny, který se manifestuje v diskuzích o dehumanizaci medicíny, dává názorným způsobem za pravdu Janu Patočkovi a jeho tezi z třicátých let dvacátého století o narůstajícím rozporu mezi vědeckým modelem světa a přirozeným světem, jak jej člověk ve skutečnosti žije. Lékař je typickým představitelem člověka myslícího a pracujícího ve vědeckém modelu. Obecné zákonitosti jsou základem, perspektivy a hodnotové soudy jedince jsou méně významnou nadstavbou nad tímto základem. Pacientova východiska jsou opačná. Základem je přirozený svět, jak jej žije jako jedinec ve svých vlastních perspektivách, biologické mechanizmy jsou pro něj jen okrajovou ilustrací možného porozumění části žitého světa. (Patočka 1992)

Ani to by ovšem k dehumanizaci medicíny nestačilo. K plnému pochopení procesu dehumanizace je nutné si ještě uvědomit jeden fakt. S tím jak roste moc medicíny, narůstá též nebezpečí z jejího nevhodného použití. Jako všechny nástroje či zbraně, i technologická a vědecká medicína může nejen pomáhat, ale také škodit. Každý lék i každý přístroj, když jsou použity špatně, mohou pacienta vážným způsobem poškodit, mohou jej i zabít. Tak se dosud nebývalým způsobem také zvýšila zodpovědnost lékaře.

Dobrým příkladem tohoto vývoje může být dnes běžně užívaná a mnoho lidských životů zachraňující metoda - angioplastika. Původně ležel pacient s infarktem myokardu v nemocnici šest týdnů, později (od sedmdesátých let) jen tři týdny, ale vždy odcházel domů s jizvou v srdeční svalovině. Dnes, pokud se vše zdaří (pacient přijde včas a je k dispozici náročná technologie), může jít pacient po infarktu myokardu dokonce za určitých okolností již

druhý den domů a srdce může zůstat nepoškozeno. Tohoto úžasného efektu se dosáhne tak, že přes stehenní tepnu se k srdci zavede katétr, a to až do tepny zásobující srdeční svalovinu (koronární tepna). Nejdříve se s pomocí kontrastní látky (která se vstříkne do koronární tepny) zobrazí její průběh (tomu se říká koronarografie) a ukáží se případná zúžení nebo uzávěr. Když je tepna uzavřena (obvykle krevní sraženinou), sraženina, která jí uzavřela, se odstraní a tím se obnoví proud krve. Tam, kde je to potřeba, je možné skrz katétr vložit do srdeční tepny zvláštní trubičku (stent), která na delší dobu zajistí její průchodnost. Na první pohled jednoduchá metoda v sobě skrývá řadu nebezpečí. Již zavedení katétru do koronární tepny musí být opatrné. Tepna je tenká a snadno se protrhne. Vstřiknutí kontrastní klátky je také problémem. Kdyby se vstříkla pod příliš malým tlakem, nic bychom neviděli, silný tlak může poškodit tepnu a příliš mnoho kontrastní látky může způsobit nedostatek kyslíku v srdečním svalu. Vlastní odstranění krevní sraženiny také není bez problémů. Koronarografie je dnes běžné vyšetření srdečních tepen a angioplastika se dnes užívá jako běžná, bezpečná metoda léčby infarktu myokardu. Bezpečí pacientů je přitom zajištěno tím, že jsou lékaři dobře vyškoleni. Základem jejich školení ovšem ani zdaleka není jenom to, co mají udělat, ale především to, co v určitou chvíli udělat nesmí. Znalosti a zručnosti lékaře tedy nejen aktivně pomáhají, ale také chrání pacienta před někdy nemalými riziky použití pokročilé technologie.

Protože u každé léčebné metody, ať již jde o diagnostické procedury, chirurgické výkony nebo o léčbu farmaky, lékař musí vědět nejen, jakým způsobem pomáhá, ale také jak může pacienta poškodit, jeho práce je mimořádně náročná. Lékař potřebuje velké znalosti, dostatečný rozhled v medicíně a často i zvláštní dovednosti. Z tohoto pohledu je ještě pochopitelnější, proč lékaři mají tendenci zaměřit se na biologické stránky své praxe a vše ostatní opomíjet. Můžeme proto s klidným svědomím prohlásit, že medicína se v sedmdesátých letech nezačala dehumanizovat proto, že by lékaři ztratili zájem o blaho svých

pacientů, ale proto, že nároky na znalosti a zručnosti v biologické oblasti narostly natolik, že zájem o vše ostatní musel ustoupit do pozadí.

Vyřešit uspokojivým způsobem problém dehumanizace medicíny není tedy snadným úkolem. Významnou roli sehrála v západní medicíně práva pacientů. Pacienti sami začali lékaře upozorňovat, „že jsou tu taky", že mají své představy o fungování zdravotnictví a že jsou rozhodnuti prosazovat své nároky na čas a pozornost lékařů. Zdravotníci nějakým způsobem na požadavky pacientů reagují. A opět vzniká náš známý dialog, tentokrát jak na rovině individuální (mezi lékařem a pacientem), tak na úrovni celospolečenské. Lékařská etika tento proces reflektuje a pomáhá tříbit argumenty na obou stranách.

Nová dilemata objevující se v souvislosti s technologickým pokrokem

Mravní názor se ve společnosti vyvíjí, ale vyvíjí se pomalu. Jeho hybnou silou totiž nejsou jen teologické a filosofické disputace, ale především zkušenosti lidí v jejich žitém životě, vzájemně sdílené a lidmi různě hodnocené. Než se dospěje k nové mravní shodě, trvá to léta až staletí. Abychom porozuměli tomu, jak dlouho to trvá, než se něco podstatného v mravním názoru společnosti změní, zamysleme se nad změnou sexuálního chování lidí v průběhu dvacátého století. Na počátku dvacátého století se žena či dívka již sama před sebou styděla za své případné erotické fantazie. Ženy konce dvacátého století se spíše stydí, když žádné erotické touhy nemají. Na počátku století byly vztahy mezi muži a ženami přísně ritualizovány, dnes je možné prakticky všechno. Když srovnáváme sexuální chování lidí v průběhu dvacátého století, ukazuje se, že změna byla jen pozvolná.

Moderní zdravotnická technologie přináší tak převratné novinky, že tím staví lidstvo i před dosud netušené mravní problémy; avšak obvykle ještě pár let před vznikem nového problému nikoho napadlo, že by takové situace mohly nastat. Proto se nemohou uplatnit přirozené mechanizmy, kterými se vytváří mravní názor ve společnosti, prudký rozvoj

technologie nedopřeje dost času. Nezbývá než hledat jiné cesty k hodnocení legitimity nových procedur.

Příklad úspěšného řešení nových mravních problémů můžeme vzít z oblasti orgánových transplantací. Ledviny, srdce, játra musí být pro účely transplantací neporušené, živé. Zabít člověka pro záchranu jiného člověka je ale v naší civilizaci nepřípustné. Musíme tedy z „mrtvého člověka“ získat „živé orgány“. Nejlépe vyhovujícím řešením se ukázala být koncepce „smrti mozku“. Člověk je mrtvý od chvíle, kdy nefunguje jeho mozek. (Haupt and Rudolf 1999, Welschehold et al. 2012) Je pravda, že nebyl zaznamenán jediný případ, kdy by se ještě probral k vědomí člověk s diagnosou mozkové smrti. Ale přece jen se nevyhneme otázce: Je takový člověk skutečně mrtvý? I když přijmeme jako fakt, že v případě diagnosy mozkové smrti jde o účelový konstrukt, člověk ve stadiu mozkové smrti již nepochybně vstoupil do procesu smrti, ze kterého již není návrat zpět. Naše nová definice smrti nám umožňuje vstoupit do tohoto procesu ve chvíli, kdy to potřebujeme k záchraně jiných lidských životů, nebo alespoň k výraznému zlepšení kvality života. Pacienti ve stadiu mozkové smrti nejsou k dispozici pro vivisekci nebo pro jiné výzkumné účely. Po odebrání orgánů je ponechán proces smrti pacienta svému tempu stejně jako u všech ostatních a se stejným závěrem (mrtvé tělo je odevzdáno zemi). Významným faktem je, že jde o konsensuální stanovisko, které vyplynulo z otevřeného dialogu všech zúčastněných, tedy lékařů, pacientů, právníků a filosofů.

Technologický pokrok ovšem přinesl i dilemata, při jejichž řešení jsme daleko více bezradní. Úspěšné oplodnění lidského vajíčka mimo tělo ženy se daří od šedesátých let dvacátého století. Stejné generaci, které se otevřela možnost asistované reprodukce, nabízí zdravotnická technologie preimplantační diagnostiku (diagnostické zhodnocení embrya ještě před implantací do dělohy), institut náhradní matky (za ženu, která není schopna dítě sama donosit, může její implantované embryo donosit jiná žena) nebo možnost pro ženy po

příslušné hormonální úpravě rodit ještě v sedmdesáti letech. Otevřela se možnost manipulací s lidským genomem. Homosexuální partneři, stejně jako osamělé ženy mohou a chtějí mít vlastní děti. V těchto oblastech ještě nemohl vzniknout mravní konsensus, jak vzhledem ke krátké době uplynulé od objevení nových možností tak i díky vážným kontroverzím v debatě o jejich přípustnosti. Protože ale další vývoj není možné ponechat bez přiměřené regulace, tíha tohoto nesnadného úkolu leží na zákonodárcích, kteří jsou zodpovědní za přijetí rozumných zákonů. A zde nacházejí své uplatnění odborníci v oblasti lékařské etiky.
V rozvinutých zemích jsou pravidelně konzultováni při tvorbě zákonných norem, protože znají názory a postoje lidí a argumenty pro ten či onen postoj, jsou školeni ve schopnosti zvážit problém z více hledisek a vnášejí do legislativních debat kvalifikované hodnotové soudy.

Mravní dohodu o přípustnosti určitých řešení nového problému můžeme ve společnosti urychlit veřejnou debatou. Rozhodující roli zde sehrávají hromadné sdělovací prostředky. Odborníci v oblasti lékařské etiky jsou zde nepostradatelní, protože vzhledem ke svému rozhledu v dané problematice pomáhají udržet debatu v potřebných mezích.

Principialismus v lékařské etice.

Principialismus vychází z jednoho velmi podnětného vhledu. Heteronomní morálka je na ústupu, současný člověk je kritický ke všem již daným mravním pravidlům a vytváří si pravidla vlastní. Každému je dnes zřejmé, že žádné mravní pravidlo neplatí vždy a za všech okolností. Krást a lhát se sice nesmí, ale když jde o vážnou věc, jako je záchrana lidského života, i tato pravidla ustupují do pozadí. Lidé se raději řídí něčím obecnějším, co nepřikazuje tak jednoznačně a co platí za všech okolností. Když se z tohoto úhlu podíváme na současné debaty o morálce ve společnosti, ukazuje se, že lidé již neužívají argumenty dohodnutých pravidel, ale pohybují se ve své argumentaci na obecnější rovině. Neříkají „krást se nesmí“, ale tvrdí, že „člověk má právo na uchování svého majetku“. Člověk nelže proto, že se „lhát nesmí“, ale proto, že „lež a podvod znevažují lháře i jeho oběť“. Této vyšší úrovni morální argumentace říkáme principy. Princip je cosi, co v souhlase s hodnotovou strukturou jednajícího určuje směr jeho uvažování a jednání. Je dobré pomáhat lidem, kteří to potřebují. Je dobré vydělat co nejvíce peněz. Není dobré vydělávat peníze za každou cenu. Principy mají tu výhodu, že vlastně platí vždycky. Snáze nalezneme omluvu pro konkrétní lež než pro znevážení bližního. Všimněme si, že i na celospolečenské úrovni se argumentuje v terminologii principů, a to je ta úroveň, na které je v současné době určitá shoda možná. Na příklad existuje shoda, že je povinností společnosti pomáhat těm, kdo se nezaviněně octili v nouzi – nemocným či ne z vlastní viny chudým či nezaměstnaným. Je také shoda, že člověk má právo na ochranu majetku, který poctivě získal. Také se stále více prosazuje princip, že není dobré považovat člověka s jiným názorem za nepřítele.

Mravní princip je tedy idea, kterou považujeme za správnou a necháme se jí vést při našem rozhodování a jednání. Jeho výhodou je, že platí za všech okolností. Avšak ani tento model není bez problémů. Principy samy o sobě jsou sice vždy správné, háček spočívá v tom, že se tyto naše dobré a **správné principy pravidelně dostávají do vzájemných sporů**. Je

správné a dobré postarat se o nemocné a chudé lidi. Je také správné chránit poctivě získaný soukromý majetek. Jenomže není možné pomoci nemocným, chudým a nezaměstnaným, když ve formě daní či zdravotního pojištění neodebereme těm více vydělávajícím část jejich poctivě vydělaných peněz. Tak se princip pomoci slabým a nemocným dostává do sporu s principem ochrany soukromého majetku. Problém dokonce stojí tak, že kdybychom chtěli zajistit zdravotní a sociální péči pro všechny potřebné, potřebovali bychom k tomu tolik prostředků, že bychom museli těm šťastnějším zabavit větší část jejich majetku. Kdybychom naopak chtěli v plném rozsahu ochránit soukromý majetek, nemohli bychom zajistit zdravotní a sociální péči vůbec.

Tváří v tvář tomuto problému blednou všechny ideologické spory. Otázka, zda se má chránit soukromý majetek nebo pečovat o nemocné a chudé je bezpředmětná. Panuje shoda, že obojí je nutné. V civilizovaných zemích se tedy nevede politická debata, zda má být společenské uspořádání socialistické nebo tržní, ale o tom, jak nastavit vzájemný poměr obou zmíněných principů. Pravicově orientované strany tradičně prosazují menší rozsah péče o chudé a bezmocné v zájmu ochrany větší části poctivě vydělaných prostředků, levicové strany naopak prosazují vyšší daně a účinnější pomoc těm, kdo to potřebují. Oba postoje mají své rozumné důvody, a protože platí též princip, že není dobré považovat člověka s jiným názorem za nepřítele, považují se oba politické postoje za legitimní. A protože oba vůdčí mravní principy jsou obecně přijímány jako platné, v zájmu udržení rovnováhy dávají voliči na nějaký čas přednost jedné straně a pak zase té druhé.

Nedávná historie přinesla další pozoruhodný doklad, že morální argumentace v terminologii principů je realitou dnešní doby. Když vojska NATO zahájila v r. 1999 nálety na srbské pozice v souvislosti s krizí v Kosovu, představitel NATO R. Solana při veřejné obhajobě náletů jednoznačně argumentoval v terminologii principialismu. Uvedl, že státy Evropské unie přijaly princip, že není možné řešit etnické konflikty likvidací a vyháněním

slabšího etnika, nemůže proto dovolit tyto praktiky ve svém těsném sousedství. Že zmíněný princip byl skutečně důležitým motivem zásahu, ukázal další vývoj. Když nálety nedokázaly účinným způsobem zastavit likvidaci slabšího etnika, zahájila vojska NATO podstatně riskantnější operaci, obsadila území svou pěchotou. Vojska pak především zajišťovala koexistenci obou etnik.

Principialismus jako konsistentní morální teorie byl na konci sedmdesátých let a v průběhu osmdesátých let vypracován v lékařské etice. Vypracovali jej pracovníci prestižního bioetického centra při Washingtonské Georgetownské universitě T.L. Beauchamp a J.F. Childress. (1994) Vyšli z již zmíněné teze o nefunkčnosti mravních pravidel a tím i etických kodexů v současné době a rozpracovali teorii stojící na identifikaci mravních principů. Autoři identifikovali čtyři vůdčí principy, kterými je vedena práce lékaře a rozhodování v medicíně vůbec. Jsou to **beneficence, nonmaleficence,** respekt k **autonomii nemocného** a **spravedlnost** (viz tab. č.1)

Tab.č.1. Čtyři základní mravní principy v medicíně

Anglický výraz	**Český význam**
beneficence	**jednat v nejlepším zájmu nemocného**
nonmaleficence	**nepoškodit nemocného**
respect for autonomy	**respektovat autonomii nemocného**
justice	**spravedlnost**

V diskusi kolem principialismu autoři připouštějí, že identifikace právě čtyř principů je arbitrární, a že v této věci není podstata teorie. Kdyby někdo trval na tom, že první dva principy je nutné sloučit (nepoškodit pacienta je vlastně též jednání v jeho zájmu), nebo by

žádal uznání ještě dalších principů, není silný důvod mu nevyhovět. Tyto čtyři principy zvolili autoři pro jejich názornost a proto, že pokrývají všechna nejdůležitější témata v medicíně. Podstata teorie spočívá v první řadě v tvrzení, že morální pravidla a etické kodexy již v dnešní době nehrají tak důležitou roli, a že současní lékaři jsou ve skutečnosti ve své práci vedeni všeobecně uznanými principy, a těch se poctivě drží. Problémy mravního charakteru nevznikají v medicíně neúctou k uznaným principům, ale proto, že se tyto mravní principy dostávají do vzájemných sporů. Druhá část teorie pak pojednává o tom, jakým způsobem je množné spory principů řešit. Tím se stal principialismus i dobrým návodem pro správné rozhodování v medicíně.

Principialismus ve své době zaznamenal obrovský úspěch. Jeho znalost se rychle rozšířila po celých Spojených státech a záhy byl principialismus vyučován na řadě amerických univerzit. Vysloužil si dokonce přízvisko „Georgetownská mantra“. Toto populární kritické označení také mnohé vysvětluje. Mantra je v indickém duchovním cvičení řada několika slov, které se v určitých chvílích s monotónní intonací opakují. Pokud je mantra správně vřazena do systému duchovních cvičení, pomáhá účinně k duchovnímu růstu. Když se ale těch pár slov naučí příslušník našeho civilizačního okruhu a jen tak je bezduše opakuje, nejsou k ničemu. Podobně je tomu s principy v morálním rozvažování. Kdo zná jejich teoretické pozadí a má vlastní názor na obsah jednotlivých principů, tomu je principialismus dobrou pomocí. Jestliže se ale znalost omezí pouze na ona čtyři slova, v rozhodování v medicíně to nepomůže.

Význam jednotlivých principů

Porozumět významu jednotlivých principů není obtížné. Pokrývají skutečně větší část etických stránek myšlení a rozhodování v medicíně.

Beneficence. Český překlad tohoto výrazu nebyl zaveden, protože jeho latinský kořen je zřejmý a stejně bychom pro překlad nenalezli jedno české slovo. Bene znamená v latině dobře a facere je činit. Beneficence tedy znamená činění dobra. V devatenáctém století bychom možná zavedli slovo „dobročinění“, dnes přijímáme již zavedené cizí výrazy ochotněji. Důležitější než doslovný překlad je význam tohoto výrazu. V současné epoše společenské transformace je zvláště důležité jej připomínat. Činit dobro pacientovi v medicíně znamená jednat v jeho nejlepším zájmu. V době přechodu na tržní hospodářství jsme opakovaně od našich ekonomů slýchali, že nejlepší je, když každý subjekt jedná sobecky ve svém vlastním zájmu, v tržním uspořádání takové sobectví vede k zvyšování blahobytu všech. To je v zásadě pravda a v ekonomické oblasti nelze mít námitky. Morálka ale požaduje zvažování věcí v širších souvislostech. Když opustíme přísně ekonomické hledisko, objevíme celou širokou oblast potřeby pomoci těm, kdo „vypadli z kola ven“. Nemocní a ne vlastní vinou chudí potřebují pomoc. (Připomeňme si, že ze statistického hlediska, jak ukazuje Gausova křivka náhodného rozložení, více než polovina obyvatel této planety má podprůměrnou inteligenci!). Lidé jednající pouze ve vlastním zájmu moc nepomohou. Proto sociální pracovníci a zdravotníci jsou vedeni principem beneficence, tedy povinností jednat v nejlepším zájmu svých klientů. V medicíně je tato nutnost dobře patrná. Při vší úctě ke vzdělanosti dnešních pacientů, lékaři díky svému vzdělání a zkušenostem stejně mnohonásobně převyšují možnosti nemocných porozumět své chorobě. Lékaři jsou dnes pravidelně navštěvováni zástupci různých firem nabízejících výhody za předepisování jejich výrobků. Pacient nemá šanci rozpoznat, kdy mu lékař lék či přístroj nabízí pro jeho dobro nebo proto, že očekává provizi. Společnosti nezbývá než apel na lékařovu moralitu a pacienti by měli vědět, že většina lékařů přijala princip beneficence za svůj a obvykle se snaží jednat v nejlepším zájmu svých pacientů. Pokud je jim to někdy pravidly hry znemožněno, není to vždy jejich vina.

V České republice máme jeden pozoruhodný doklad morality lékařů. Když bylo v roce 1992 zavedeno zdravotní pojištění, protekly během několika let českým zdravotnictvím stamiliardy korun bez jakékoliv významnější regulace. Za tyto peníze byly nakoupeny přístroje, dovezeny všechny nedostatkové léky a česká medicína se během několika let radikálně změnila, svými možnostmi se téměř vyrovnala západoevropským zdravotnictvím. Žádná nemocnice si nepostavila mramorem obložený palác, a i když životní úroveň lékařů zřetelně vzrostla, nenarazíme zde na takový přepych jako u manažerů v jiných odvětvích. Nedovedeme si představit odvětví, kde by byly prostředky využity pro dobro klientů s takovou důsledností. Platy lékařů zůstaly celou tu dobu v pozadí. Paradoxně, místo toho, aby si lékaři prostředky pro sebe ze systému sami v tichosti odčerpali, vyhlásili v r. 1994 stávku, jejímž cílem bylo přivést do zdravotnictví více peněz, protože na jejich platy již nezbývalo. Nabídku tehdejšího ministerského předsedy, že bude ve zdravotnictví zrušena platová regulace, rozhořčeně odmítli. Pořadí hodnot bylo v tu dobu jasné. Nejdříve je nutné zajistit řádnou zdravotní péči, pak teprve přijdou na řadu platy. Nedávné nátlakové akce lékařů za zvýšení jejich platů již tak zřejmé rysy principu beneficence neměly, ale za povšimnutí stojí, že všechny takové akce mají svůj limit, a to přesně tam, kde by již vedly k narušení principu beneficence.

Nonmaleficence. Ani tento výraz nepřekládáme. Non je latinský zápor, male znamená špatně a facere činit. Nonmaleficence tedy znamená, že lékař nebude provádět nic, co by poškodilo nemocného. Tento princip známe z Hippokratovy přísahy. Ostatně oba první principy jsou v Hippokratově přísaze již obsaženy. Povinností lékaře je odedávna jednat v nejlepším zájmu pacienta a svými terapeutickým úsilím jej nepoškodit. Dnešní lékaři nemívají s tímto principem zásadní mravní problémy, rizika každého diagnostického i léčebného výkonu jsou součástí pregraduální i postgraduální výuky.

Možná by dokonce bylo možné říci, že princip nepoškodit je lékaři vnímán jako zásadnější. Zlaté pravidlo morálky je také formulováno negativně – „nečiň“ (druhým to, co nechceš, aby oni činili tobě). I psychologicky člověk hůře snáší vědomí že ublížil, než to, že nepomohl. Když se podíváme, jak lékaři hovoří o problému „neposkytnutí povinné lékařské péče“ můžeme vidět, že je vnímají v negativní rovině: neléčit znamená poškodit nemocného.

Respekt k **autonomii** nemocného. Porozumění podstatě tohoto principu obvykle také nečiní větší problémy. V kapitole o poslání lékařské etiky jsme si ukázali, proč je obecně uznáváno právo nemocného spolurozhodovat o navrhovaných a prováděných diagnostických a léčebných výkonech. Je však třeba vědět, že princip autonomie jde ještě dále. Autonomie je řecké slovo. Auto znamená sám, nomos je pravidlo. Autonomní člověk je ten, kdo sám sobě stanovuje pravidla svého jednání. Tím se tedy nemyslí svévole. Dnes již máme dostatek důkazů, že člověk se vyvíjí jako součást určité komunity a pravidla, která si sám stanovuje, jsou dalekosáhle ovlivněna touto komunitou a i společností, ve které žije. Princip autonomie je tedy ve skutečnosti dvousměrný. Pacient, jako každý člověk, si stanovuje svá pravidla pro své jednání a pro svůj život. Stanovuje si je v dialogu se společností, ve které vyrostl. Lékař, v dialogu s ním, poznává tato jeho autonomní pravidla a respektuje je ve své práci. Jsou lidé, kteří z vlastního rozhodnutí navštěvují lékaře jen v případě vysoké nouze. S tímto pravidlem jako lékař nemohu souhlasit, vždyť právě tito pacienti přicházejí s nejvíce zanedbanými chorobami, ale také se nemohu na ně zlobit, je to jejich život a jejich pravidlo. Je samozřejmě mou odbornou povinností pacienta upozornit na rizika, které toto pravidlo přináší, ale nakonec nezbývá, než je respektovat. Lékaři se často a zcela upřímně rozhořčují nad chováním svých pacientů. Mnozí nemocní nedrží dietu, nedodržují pohybový režim, nechodí na kontroly, navštěvují léčitele. Zlost lékařů vyrůstá z opominutí jedné důležité stránky věci. Každý dospělý člověk žije svůj život podle svých pravidel. Jako odborník mohu ukázat chybnost některých pravidel nemocného z mého hlediska. Pacient má ještě svá další hlediska.

Když je řádně poučen a jeho vlastní hlediska převáží, nelze než věřit, že ví, co dělá. To, co stojí za rozhodováním lékaře i pacienta, je pořadí hodnot. Respekt pro autonomii pacienta znamená nesnažit se nemocnému vnutit za každou cenu lékařovy hodnotové soudy. Medicína je služba a základem služby je nabídka. Není povinností nikoho dané nabídky přijímat. S těmito fakty se budou muset zdravotníci smířit.

Toto jednoduché vysvětlení komplikuje fakt, že v dnešní době narůstá počet těch lidí, kteří prostě žádná vlastní pravidla nemají. (To není autonomie ale anomie.) Jejich nedodržování rad a doporučení lékaře nevyrůstá z jiného pořadí hodnot, ale z neochoty přijmout jakákoliv omezení okamžitých přání. Samozřejmě si přejí být zdrávi, ale k tomu účelu si přece platí zdravotní pojištění. Taková nereálná očekávání ovšem zdravotníci nemohou splnit prostě proto, že to není možné. Měli by se ale snažit rozlišovat, kdy má pacient nějaký svůj důvod pro své jednání, a kdy jde o nezralého anomického člověka, se kterým rozumná domluva vlastně není možná. Prvního je nutné respektovat a před druhým se nějak chránit.

Respekt k autonomii nemocného hippokratovská tradice nezdůrazňuje. Jak jsme si již vysvětlili, až do nedávna to nebylo potřeba. Lékaři neměli sílu pacientovi svá doporučení vnutit. Teprve v současné době, kdy medicína svými intervencemi a doporučeními dalekosáhle ovlivňuje kvalitu života nemocných a má již dostatek prostředků jak zlomit vůli pacienta a kdy je současně stále více uznáván hodnotový pluralismus, je respekt k autonomii nemocného nutným tématem v medicíně.

Spravedlnost. Spravedlnost je druhým novým tématem současné morálky v medicíně. Dokud lékaři neměli faktickou možnost ovlivnit pozitivně průběh chorob, nebylo vnímáno jako něco špatného, když věnovali pozornost jen některým lidem. Bohatí nebyli zdravější a nežili déle proto, že si mohli zaplatit lékaře. Samozřejmě, tam kde to bylo technicky možné, bylo považováno za mravní povinnost lékaře radu či pomoc poskytnout. Existovala řada

lékařů – lidumilů, kteří žili z plateb několika bohatých pacientů a chudým věnovali zadarmo zbytek svého profesionálního času. Koncem devatenáctého a hlavně pak v průběhu dvacátého století však medicína již začala být schopna podstatným způsobem ovlivňovat délku i kvalitu života. Dopřát delší a kvalitnější život jenom těm, kdo si to může zaplatit, bylo od počátku vnímáno jako fundamentální nespravedlnost. Život a zdraví jsou základní lidské potřeby, které podmiňují uspokojování všech ostatních potřeb, není proto přípustné dopřávat přínosy medicíny jenom jedné skupině lidí. Začaly se proto budovat systémy zdravotního pojištění a medicína byla podporována i z veřejných zdrojů. Až do sedmdesátých let dvacátého století nebyl větší problém, dostupné zdroje odpovídaly zdravotním potřebám. Postupně se zlepšovala organizace zdravotní péče, také přísun peněz pomalu narůstal, nebyly důvody k větší nespokojenosti. Díky prudkému technologickému rozvoji ale cena zdravotní péče rychle narůstá. Od konce dvacátého století již žádný stát na světě nemá dost prostředků na to, aby hradil všem svým obyvatelům veškerou dostupnou zdravotní péči. Zdravotní péče se stala nedostatkovým zbožím a vynořila se otázka spravedlivého využití dostupných zdrojů.

Princip spravedlnosti tedy říká, že zdravotníci pečují o takovou organizaci své práce a požadují takovou distribuci zdrojů, aby bylo možné poskytovat zdravotní péči spravedlivě, tedy všem nemocným ve stejné míře naplňovat jejich zdravotní potřeby, bez rozdílu pohlaví, majetku a etnické příslušnosti. To vůbec není jednoduchý úkol. Příslušníci bohatších vrstev mají dost prostředků a sociálních kontaktů, aby si zajistili lepší podmínky i při stejných pravidlech. Když se studovalo, kolik prostředků se vynakládá na pacienty z chudých vrstev, ukázalo se, že v oblastech, kde žije převážná většina chudých, vynaloží se na ně v průměru více prostředků než tam, kde koexistují s bohatými. Zdá se, že když s pomocí statistických metod očistíme data o zdravotním stavu obyvatel od vlivu výživy, lepší zdravotní péče apod., chudí lidé jsou i tak nemocnější, zřejmě trpí horší adaptabilitou jak na sociální tak i na tělesné úrovni. Existuje tedy řada důvodů, proč spravedlnost ve zdravotní péči je ideál ne zcela

naplnitelný. Proto se při snaze o co možná nejspravedlivější fungování zdravotnického systému používá jiný termín – equita. Equita klade důraz na rovnost v přístupu ke zdravotní péči, rovnoměrné geografické rozložení zdrojů atd.

Spravedlnost ve zdravotnictví ovšem není pouze makroekonomickou záležitostí a věcí organizace zdravotnických systémů. Týká se i práce lékařů s konkrétními pacienty. Není možné ušetřit na makroúrovni, když se na mikroúrovni plýtvá. Každý lékař by měl vědět, že je nedostatek prostředků, a že pacient má právo jen na ty služby, které skutečně vedou k lepšímu zdraví, protože pouze ošetřující lékař může vědět, zda konkrétní služba je v zájmu zdraví pacienta nebo ne. Chřipka se obvykle vyléčí za několik dní bez ohledu na to, kolikrát pacient navštíví lékaře. Když se objeví komplikace, častější návštěva lékaře je ale nutná. Pacienti občas žádají vyšetření nebo léčbu, které jsou v podstatě zbytečné. Když to zdravotnictví celkem nic nestojí (např. fyzikální vyšetření nebo natočení jednoho EKG navíc v ordinaci lékaře), je možné vyhovět. Pokud jde ale o proceduru drahou (např. vyšetření počítačovou tomografií, některé léky), měl by lékař pacientovi vysvětlit, že by nebylo spravedlivé vyplýtvat k tomuto účelu prostředky, které pak budou jinde chybět. Teoreticky by mělo být možné, aby si pacient zaplatil z medicínského hlediska zbytečné vyšetření nebo zbytečnou léčbu, pokud nejsou škodlivé. Protože ale velká část úkonů, které medicína nabízí, přináší také určité riziko, lékaři raději pacienty od prosazování takových přání odrazují. Přece jen by mělo být uznáno, že některým věcem lépe rozumějí než laici.

Spravedlnost má v každodenní práci lékaře ještě jeden rozměr. Představme si praktického lékaře, který má plnou čekárnu a v tu chvíli za ním přijde přítel s žádostí, aby se mu podíval do krku, protože má obavu, že má angínu. Bude to spravedlivé, když nejdříve vyřídí tuto záležitost a pak se teprve bude věnovat ostatním pacientům? Nutno jasně říci, že nebude. Položím-li si ale otázku, co bych udělal já na jeho místě, odpovím, že bych se také nejdříve podíval příteli do krku, i když vím, že to není spravedlivé. Důvod, proč většina z nás

by to ve skutečnosti provedla takto, je nasnadě. Jiří Suchý zpívával: „malé věci řešte ruky mávnutím…“ a měl pravdu. Jedna věc je zde ale důležitá. Vědět, že to spravedlivé není. Nejde o to, že by si měl lékař vyčítat, že se podíval příteli do krku. Důležitější je, že se takovouto příhodou dostává na kraj toho, čemu říkáme „kluzký svah“. Jestliže si dnes za pomoci sofistických argumentů (neudělal by si dost času na ty pacienty, kteří by přišli na řadu před přítelem, mohl by ztratit cenného přítele a přátelství je vysoká hodnota, atd.) odůvodní, že tak to bylo zcela v pořádku, bude vysoké riziko, že bude v tomto trendu pokračovat dál. Jestliže je vše v pořádku dnes, prohodí příště s přítelem beze spěchu ještě pár slov o počasí, politice, atd. Pak si s ním dá kávu a časem mu bude jedno, že pacienti vysedávají v jeho čekárně hodiny a hodiny. Je lepší když si lékař připustí, že není spravedlivé nechat lidi čekat, až vyšetří svého přítele, protože pak takové věci odbude rychle a nebude čas nespravedlivě pacientům ubraný zbytečně prodlužovat. Mimochodem, čas lékaře strávený v ordinaci, patří pacientům, oni jej přece platí. Jakékoliv jeho zkracování je tedy nespravedlivostí.

Dobré principy ve sporu

Již jsme se zmínili, že mnoho obtíží v medicíně nevzniká proto, že by lékaři zanedbávali svou moralitu, ale proto, že morální rozvažování je v medicíně mimořádně obtížná záležitost. Část těchto obtíží vysvětluje principialismus tím, že ukazuje, jak se dobré a všemi uznávané vůdčí principy v medicíně dostávají do sporu. Nejnázorněji lze ukázat spor principů na sporu prvních dvou. Když lékař rozhodne o amputaci nohy, rozhodne se tak v nejlepším zájmu pacienta (princip beneficence). Není sporu o tom, že vlastní amputace je vážné poškození pacienta, existence člověka bez nohy je obtížná. Při rozhodování o amputaci nohy je tedy ve sporu princip beneficence a princip nonmaleficence. U mladšího pacienta je spor poměrně snadno řešitelný. Proti sobě stojí zachování života amputací, což je velmi vysoká hodnota a smrt v septickém stavu, pokud se amputace neprovede. Řečeno

v terminologii principialismu, v tomto případě je možné princip nonmaleficence znevážit. Horší situace nastane u starého, biologicky již vyčerpaného pacienta. Po amputaci nohy jej čeká život na lůžku s velmi nízkou kvalitou, mnohdy jen o něco pomalejší umírání. Nabízené dobro není tak velké, zato zlo po amputaci je větší než u prvního pacienta. Znevážení druhého principu již není tak snadné.

Řešení sporu prvních dvou principů je ve skutečnosti každodenní záležitostí lékařů. Každý zdravotní výkon má svá rizika, celé lékařské vzdělávání je naplněno zvažováním poměru rizika a přínosu, lékař je od počátku školen v řešení konfliktu principů beneficence a nonmaleficence.

Když lékař vyřeší spor prvních dvou principů, čeká jej ještě dialog s pacientem a jeho výsledkem může být další spor, tentokrát mezi principem beneficence a respektu k autonomii nemocného. Lékař ví, co by v tu chvíli bylo pro pacienta nejlepší, ale pacient to odmítá. Řešení tohoto sporu je obtížnější, zde také bývá lékař ve svém vzdělání méně připraven.

Strategii řešení sporu principů beneficence a respektu k autonomii nemocného si ukážeme na konkrétním případě. Představme si pacienta trpícího srdeční chorobou, který po svém přijetí na jednotku intenzivní péče prohlásí, že si nepřeje být resuscitován. S intenzivní péčí má své zkušenosti, protože několik jeho příbuzných zemřelo na srdeční choroby.

Chceme-li se ke sporu zodpovědně postavit, je nejdříve potřeba prozkoumat, jaké argumenty hovoří pro uplatnění obou principů.

Začneme argumenty pro princip beneficence. Všimněme si, že bez znalostí medicínské stránky věci se ke sporu principů není možné postavit. Kardiopulmonální resuscitace je účinnou metodou, která v intenzivní péči zachraňuje život mnoha nemocným při srdeční zástavě nebo při zhoubné poruše rytmu. Má samozřejmě svá rizika. Často při ní dochází ke zlomeninám žeber a někdy dojde k povrchnímu popálení kůže při defibrilaci (elektrodami přiloženými na povrch hrudníku projde defibrilační výboj, použité napětí se pohybuje

v tisících voltů). Obě zranění jsou poměrně lehká a hojí se bez zvláštní péče, tváří v tvář zachráněnému životu jsou bezvýznamná. Závažnější je poškození mozku, ke kterému může dojít v důsledku nedostatku kyslíku. Příčinou může být buď prodleva mezi okamžikem srdeční zástavy a zahájením resuscitace nebo technické obtíže při vhánění vzduchu do plic. Nejlehčími projevy poškození mozku bývají přechodné poruchy spánku a bolesti hlavy, nejzávažnější je trvalé bezvědomí. Při kvalitní intenzivní péči jsou poškození mozku vzácná, převažuje kladný efekt resuscitace, záchrana života. Pro jednání dle principu beneficence (provést resuscitaci) tedy hovoří řada dobrých argumentů, nejsilnější je argument záchrany lidského života.

Jaké argumenty hovoří pro respektování autonomního rozhodnutí pacienta? V první řadě uznané právo nemocného na sebeurčení. Avšak když je ve hře lidský život, právo na sebeurčení samo o sobě nestačí. Co když je za rozhodnutím pacienta nějaký omyl? Jeho příbuzní nejspíše nezemřeli v důsledku komplikací resuscitace. Je na pacientovi, aby své argumenty proti resuscitaci uvedl. Pokud se ukáže, že přeceňuje rizika resuscitace, lékař mu snadno vyvrátí jeho omyl. Důvody odmítání resuscitace však mohou být různé. Představme si staršího pána, který se před několika málo lety zamiloval, jeho milostný vztah vedl k rozpadu rodiny, ztratil nejen manželku, ale i přízeň svých dětí, nakonec jej opustila i mladá milenka. Marně hledá ve svém životě nový smysl, ve smrti vidí dobré řešení. Jeho důvody lékař nemůže přijmout. Vyhovění žádosti takového pacienta by bylo příliš blízko nápomoci při sebevraždě. Lékař není oprávněn pomáhat pacientům při úmyslu předčasně zemřít, zvláště když je ve hře reaktivní deprese a ztráta životního smyslu. V takovém případě je jeho povinností nabídnout psychologickou či psychiatrickou pomoc. Úplně jiná situace ovšem nastane, když případnou resuscitaci odmítá pacient, který je v terminálním stadiu zhoubného bujení. Úspěšná resuscitace pouze prodlouží jeho neodvratné umírání. Proto těmto pacientům lékaři obvykle vyhoví. Argumenty pro uplatnění principu beneficence jsou zde slabé.

V ostatních případech, kdy resuscitace zachrání život nemocného v uspokojivé kvalitě, existuje ve skutečnosti jen jediný argument, který má stejnou váhu. Je jím argument lidské důstojnosti. Zachování lidské důstojnosti je zcela zvláštním problémem v současné medicíně, lékaři mají přirozenou tendenci motivy lidské důstojnosti poněkud podceňovat. Kardiopulmonální resuscitace je typickým příkladem metody, při jejímž provádění není možné zvažovat lidskou důstojnost. Jestliže má být resuscitace účinná, pak musí zachránci věnovat veškerou pozornost mechanice dýchání a krevního oběhu. Vzduch se musí dostat do plic, což je techniky dost náročné, srdce se rytmicky stlačuje mezi hrudní kostí a páteří tak, aby se v alespoň minimální míře udržel krevní oběh. S člověkem je nutné zacházet jako se systémem elastických trubic a pevných součástí. Všechno ostatní musí jít stranou. Takových procedur je v medicíně řada. Ještě uvedeme příklad chirurgických výkonů. Chirurg pracuje při operaci s orgány - musí dávat pozor aby nenechal někde otevřenou cévu, aby spojil k sobě tkáně a orgány tak jak je to nutné a aby nepoškodil to, co musí zůstat neporušené. Proto problém zachování lidské důstojnosti není problémem medicíny postavené na znalosti biologických zákonitostí fungování lidského těla. Do medicíny přichází z jiných zdrojů – z psychologie, sociologie, etiky, což jsou obory při studiu medicíny nutně poněkud okrajové. Nemělo by nás proto překvapovat, že lékaři mají sklon podceňovat téma nutnosti zachování lidské důstojnosti v medicíně. Je to úkol ostatních zúčastněných, především pacientů samých, zdravotnického managementu a politiků, tento problém stále znovu oživovat. Ostatně evropská Bioetická konvence, kterou jsme před v r. 2001lety jako závazný právní dokument přijali, se v podtitulu jmenuje „Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny“.

Přes všechny teoretické i praktické obtíže, které v současné době se zachováním lidské důstojnosti v medicíně máme, panuje v civilizovaných zemích shoda (viz zmíněná Bioetická konvence), že argument lidské důstojnosti patří k těm nejsilnějším. Jestliže kdokoliv považuje

něco, co neubližuje nikomu druhému, za věc své lidské důstojnosti, je povinností ostatních to respektovat. S otázkou lidské důstojnosti souvisí i náboženské přesvědčení. Náboženská víra vyvěrá z nejhlubších vrstev lidské osobnosti, je také odpovědí na otázku postavení člověka v řádu světa, proto považujeme její zneuctění též za porušení lidské důstojnosti. Jestliže tedy pacient odmítá jakýkoliv zdravotní výkon proto, že jej považuje pro sebe za nedůstojný nebo jeho realizace jde proti jeho náboženskému přesvědčení a zdravotníci mají důvod věřit, že pacient své prohlášení myslí vážně, mělo by mu být vyhověno. I život zachraňující výkon jako je resuscitace nebo krevní transfuze je možné za těchto okolností neprovést a je možné pacienta nechat zemřít.

Problém odmítnutí život zachraňujícího výkonu (tedy problém nejostřeji vyhroceného střetu principů beneficence a respektu pro autonomii nemocného) tím ale není plně vyčerpán. Ve hře je též svědomí lékaře. Posláním medicíny je zachraňovat lidské životy, mnozí lékaři nedokáží pasivně stát u umírajícího pacienta, když mají možnost jeho život účinným způsobem zachránit. Svědomí je argument stejné síly jako argument zachování lidské důstojnosti či náboženského přesvědčení. Jestliže tedy lékař má k dispozici výkon, kterým dokáže uchovat život konkrétního pacienta v uspokojivé kvalitě a tento pacient pro své náboženské předsvědčení či pro své pojetí lidské důstojnosti výkon odmítá, jsou oba principy (beneficence i respekt k autonomii nemocného) v rovnováze, žádný z nich není možné znevážit. Tato situace nemá teoretické řešení. Proto z mravního hlediska jsou za těchto okolností přípustné obě možnosti. Lékař může nechat pacienta zemřít a může jej také zachránit proti jeho vůli. O tom, co se skutečně stane, rozhodují okolnosti. Jsou lékaři, kteří by nikdy nejednali proti svému svědomí, někteří lékaři jsou ochotni dát v takové situaci přednost pacientovu rozhodnutí. Záleží na jejich individuálním pořadí hodnot – pro někoho nejvýše stojí vlastní svědomí, někdo cení více autonomii nemocných. Oba postoje jsou v současné době mravně přijatelné. Mravní imperativ je zde poněkud jinde. Lékař je povinen

pravdivě informovat pacienta o svém postoji. Dnes není obhajitelné jednat proti jasně deklarované vůli pacienta tajně, bez jeho vědomí.

Teoretické i praktické řešení této dilematické situace je opět v dialogu. Lékařovou povinností je otevřeně sdělit, co zamýšlí provést. Když je čas, může pacientovi nabídnout péči kolegy nebo pracoviště, které mu vyhoví. Nebo se pacient může nechat odvézt a zemřít doma. Co není přípustné, pacienta podvést – na oko souhlasit, a pak výkon provést. To je nejhorší myslitelné řešení, protože lidská důstojnost pacienta je ještě navíc znevážena podvodem.

Modelovou situaci tohoto dilematu nám již před lety připravili Svědci Jehovovi a možná bychom jim za to měli být vděční. Situace odmítnutí krevní transfuze i za cenu smrti vykrváceného nemocného je ukázkovým příkladem sporu svědomí lékaře a náboženského přesvědčení pacienta. Dokonce takového přesvědčení, se kterým mnoho lidí nesouhlasí a mnozí lékaři je považují za nesmyslné. V uplynulých desetiletích byl tento problém mnohokrát diskutován na nejrůznějších úrovních, v debatách byly použity všechny možné argumenty. Nakonec se dospělo ke konsenzu popsaném v předchozích dvou odstavcích. Úkolem lékaře (či politika) není hodnotit racionalitu náboženského přesvědčení, jeho povinností je toto přesvědčení respektovat. Teoreticky neřešitelný konflikt svědomí lékaře a náboženského přesvědčení pacienta byl v praxi vyřešen tak, že existují lékaři a nemocnice, které pacientovi v souladu s jeho autonomním rozhodnutím transfuzi nepodají, jiní lékaři a nemocnice takovou žádost odmítnou. O postojích zdravotníků a zdravotnických institucí je ale předem jasno. V USA dokonce existují karty, které právně platným způsobem dokládají pacientovu nevůli přijmout krevní transfuzi. V některých nemocnicích jsou akceptovány a zaručí péči podle představ nemocného, v jiných ne. O postoji nemocnice je pacient uvědomen ještě před přijetím, v případě neochoty vyhovět je mu doporučena nemocnice, která přání nemocného vyhoví.

V našich podmínkách bychom měli více zdůrazňovat mravní oprávněnost lékaře nechat pacienta v souladu s jeho náboženským přesvědčením zemřít. Proti tomuto postoji existuje totiž u nás stále příliš mnoho předsudků. Naši lékaři mají sklon zde přebírat více zodpovědnosti než je nutné. Také podvést pacienta (zamlčením podstatné okolnosti nebo použitím placeba) se u nás ještě v dostatečné míře nepovažuje za špatnou věc.

Všimněme si, jak požadavek respektu k autonomii pacienta vede obě strany k dialogu o tom, kde je zdravotní problém, jak je možné jej řešit, co si pacient přeje, co je z toho možné realizovat a co se bude skutečně dělat. Lékař není v tomto dialogu bezmocný. Naopak, on kromě medicínských vědomostí disponuje účinnými zdravotními výkony, a protože je veden snahou o záchranu lidského života, o uzdravení nemocného či o ochranu zdraví ostatních, má vysokou mravní prestiž. Nejen vědomosti, ale i jeho svědomí zůstává významným činitelem v rozhodování o medicínských záležitostech. To, co od něj nová doba vyžaduje, je dialog. A zde je hlavní problém uplatnění principu respektu k autonomii nemocného, protože dohodnout se s pacientem o tom, co bude dál, není snadný úkol. K dialogu a k dohodě jsou vždy potřeba dva, když se jeden neumí nebo nechce dohodnout, dohoda není možná. V tomto kontextu přibyla lékařům ještě jedna závažná zodpovědnost, a to za vedení dialogu s pacientem. Principialismus přichází na pomoc tam, kde je dohoda obtížná. Pomáhá rozumět tomu, co všechno je třeba k mravně zodpovědnému rozhodnutí zohlednit a učí zacházet s argumenty obou stran.

V medicíně nejde vždy o život. Zkusme se tedy podívat na lehčí případ. Představme si pacienta, kterého bolí záda, rehabilitace ještě nepřinesla úlevu a lékař nabízí pacientovi léky proti bolesti (analgetika). Pacient léky odmítá. Jaké argumenty hovoří pro sledování prvního principu (beneficence)? Analgetika přinesou úlevu od bolesti a tím nesporně zvýší kvalitu života nemocného. Nemoc, která způsobuje bolesti, ovšem neléčí. Rizika současných analgetik nejsou veliká. Dříve jsme se obávali poškození ledvin a jater, toto riziko není u

nových léků tak veliké, spíše je zde riziko návyku, pacient se může naučit brát analgetika jen tak pro dobrý pocit. Pacient může odmítat analgetickou léčbu z různých důvodů. Jedním z nich je obava z poškození vnitřních orgánů. Zde k dohodě pomůže vysvětlení, jak se věci dnes skutečně mají. Lékař může slíbit, že bude pacienta sledovat, aby se případné poškození zachytilo včas. Jiným důvodem může být obava ze závislosti. I zde je možné vysvětlit, že riziko rozvoje závislosti je malé, zvýšená kvalita života toto riziko vyváží. Pacient ovšem může stále nesouhlasit, raději si ponechá bolesti, než by riskoval závislost. (Paradoxem této situace je, že pacienti, kteří se závislosti obávají, téměř nikdy jí nepodlehnou.) Konečně může mít pacient odpor k analgetické léčbě vůbec, ani nedovede vysvětlit proč. Prostě „raději si ponechá bolest, než by užíval takové jedy“. Dobro, které analgetika nabízejí, se týká kvality života. Obava z poškození orgánů či z rozvoje závislosti, i když třeba neopodstatněná, nebo prostá nechuť analgetika užívat také zhorší nemocnému kvalitu jeho života, pokud není respektována. Proto jsou argumenty ve prospěch principu respektu k autonomii nemocného silnější. Po tomto zhodnocení nebude lékař pacientovi léky proti bolesti vnucovat, ani se na něj nebude zlobit.

Spor principů je možné řešit dvojím způsobem. Chirurgický výkon je možné buď provést, nebo ne. Lék také obvykle nelze nasadit jen částečně. V takových případech nezbývá než sledovat jeden se soupeřících principů, druhý „znevážit“. Buď v duchu principu beneficence léčbu zahájíme, nebo respektujeme pacientovy námitky a od léčby ustoupíme. V některých případech je možné učinit určitý kompromis a vyhovět oběma principům částečně. Oba principy se pak vzájemně omezují. Nejnázornější příklad najdeme v již zmíněném střetu principů ochrany soukromého majetku a pomoci nezaviněně chudým a nemocným. Jak jsme již upozornili, nelze ponechat lidem vše, co si vydělají, protože by se nemohlo pomoci potřebným a není možno pomoci všem, to bychom museli veškerý soukromý majetek opět znárodnit. Občanům v produktivním věku je tedy odebírána část

jejich poctivě vydělaných peněz ve formě daní a povinného pojištění a sociální a zdravotní potřeby jsou pokryty jen do té míry, do jaké to takto získané zdroje dovolují. Politická debata vymezuje vzájemný poměr principů ve sporu. Podobně je možné řešit situaci pacienta, u kterého je nutné provést operaci, on ale odmítá následnou hospitalizaci. Řešení může být takové, že se operace provede a pobyt v nemocnici se omezí jen na životně nutné minimum.

Při svém výkladu podstaty řešení sporů principů odhaluje principialismus jeden z důvodů, proč někteří lékaři téměř instinktivně někdy couvají před debatou s pacienty. Informace, které pacient v dialogu poskytuje, nutí lékaře zvažovat více a více okolností případu, který řeší. Tím se jeho rozhodování komplikuje. Vraťme se k našemu prvnímu příkladu. Pokud u pacienta odmítajícího resuscitaci, dojde k nutnosti resuscitovat ihned po jeho sdělení, dříve než se lékař stihne zeptat pacienta na důvody jeho žádosti, nevznikne žádný mravní problém. Pro respektování pacientovy autonomie není v tu chvíli dost argumentů. Teprve, když v dialogu, který může trvat i několik dní, přinese pacient kvalifikované důvody pro odmítnutí (jeho pojetí lidské důstojnosti, náboženské přesvědčení), vynoří se skutečné mravní dilema, spor mezi svědomím lékaře a svědomím pacienta. Řekli jsme si, že teoreticky jsou přípustné obě možnosti – zachránit pacienta proti jeho vůli i nechat zemřít. Přeložíme-li tento teoretický postulát do řeči svědomí, pak jestliže jsou obě řešení stejně správná, jsou současně i stejně špatná. Ať se lékař rozhodne jakkoliv, jedno svědomí bude uspokojeno, druhé znásilněno. Proto můžeme rozumět, proč někteří raději vědět nechtějí…

Principy jako mantinely

V úvodu jsme upozornili, že nestačí umět vyjmenovat čtyři vůdčí principy v práci zdravotníků, že je nutné mít také představu o jejich významu. Když se na principialismus podíváme z tohoto pohledu, narazíme na fakt, že není možné, aby všichni chápali význam

všech principů stejně. Není vždy shoda o tom, co je v nejlepším zájmu pacienta, také ochota lékařů vyhovět různým přáním nemocných se liší. V pojetí spravedlnosti je snad nejmenší shoda. S tím ovšem principialismus jako metoda morálního rozvažování počítá. Ambicí principialismu není dávat jednoznačné návody, ale jak jsme si ukázali, vede spíše k dialogu. Principy pak slouží jako mantinely při vedení dialogu.

Představme si, že se nad lůžkem nemocného s pokročilým zhoubným bujením sejdou dva lékaři. Jeden z nich navrhuje ještě jednu kůru cytostatik, druhý by již léčbu omezil na tlumení bolestí. Myšlení v principech brání ostrému střetu. Ještě nedávno převládala snaha stát si za svým názorem a přesvědčit toho druhého. To vedlo ke sporům a k různým obviněním partnera v odborné debatě („neVážíte si lidského života“, „nemáte soucit s trpícím pacientem“). V rámci principialismu je možné si vzájemně položit otázku, jak ten druhý rozumí principu beneficence, tedy co každý z nich považuje pro pacienta za nejlepší. Když se ukáží rozdílné názory, vzpomenou si na princip respektu k autonomii nemocného a požádají nemocného o vyslovení jeho názoru. Podobným způsobem mohou principy posloužit při konfrontaci lékaře, který je ochoten nechat zemřít Svědka Jehovova bez krevní transfuze s lékařem, který by to nikdy neudělal. Opět se mohou shodnout, že oba ctí jak princip beneficence tak i princip respektu k autonomii nemocného, pouze každý z nich dává oněm principům jiné pořadí důležitosti.

Kdyby politici, rozhodující o zdravotní politice, znali lépe principialismus, neobviňovali by se vzájemně ze všeho možného, ale položili by si otázku, zda se nechají vést principem spravedlnosti. Možná by se ukázalo, že se všichni o spravedlnost snaží, jenom mají jiný názor na to, jak spravedlnost ve zdravotnictví realizovat. Snáze by se pak dohodli.

Etická analýza na základě principialismu byla kritizována jako vágní, příliš relativistická, nevedoucí k funkčním normám. (Clouser and Gert 1994) To je ovšem nepochopení podstaty principialismu. Princip není svévolně postaveným předpokladem. Jako

všechny etické normy má každý princip své historické kořeny. Některé z nich podléhají dobovým změnám (např. princip respektu k autonomii nemocného), jiné přesahují staletí, jsou "nelibovolné", protože vycházejí z lidské přirozenosti (např. princip ochrany lidského života a soukromého vlastnictví). Hlavní přínos myšlení v principech spočívá v tom, že myšlení v principech umožňuje pracovat s individuálními či skupinovými rozdíly v jejich vymezení a tak v dnešní pluralitní době umožňuje domluvu mezi zastánci různých hodnotových systémů a umožňuje rozumět podstatě jejich konfliktů. Bez řádné domluvy o vymezení významu diskutovaných principů ovšem ztrácí principialismus svůj smysl. Pokud má mít princip funkci mantinelu, musí všichni debatující vědět, v jakých mezích se pohybují.

Tak současná lékařská etika znovu připomíná, že pojmy, které užíváme a jejich významy nejsou samozřejmě dány, že před každou debatou je nutné vyjasnit, jak kdo z diskutujících v debatě užívaným pojmům rozumí. Již při pokusu o objasnění vlastního vymezení významu určitého pojmu se často ukáže, že já sám nemám jeho jednoznačnou definici, nebo že jej chápu ambivalentně, v několika ne zcela slučitelných významech a taková debata pak pomáhá i porozumět sám sobě. Vyjasnění pojmů pak někdy již samo ukáže, že spor není ve věci samé, ale v používaných definicích.

Literatura k prohloubení tématu:

Aristoteles: Etika Nikomachova. Rezek, Praha 2009. (překlad A.Kříž)

Beauchamp, T.L., Childress, J.F.: Principles of biomedical ethics. 4th edition.Oxford Univ. Press. New York, Oxford, 1994. (1st edition 1979)

Gillon, R. (Ed.) Principles of Health Care Ethics. John Wiley and Sons, Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore, 1994. s. 251-266.

Scheffler S. (Ed.): Consequentialism and Its Critics. Oxford: Oxford University Press. Oxford, NY 1988 ISBN 978-0-19-875073-4.

Etická regulace výzkumu

O etických problémech výzkumu jsme podrobně pojednali jinde (Šimek et al. 2012), proto zde jen stručné shrnutí.

Výzkum je v současné době nejen metoda poznávání světa, ale i svébytná profese, která nabývá v posledních několika stoletích stále větší důležitosti. Nebývalý rozvoj vědy a techniky, který radikálním způsobem změnil život lidí v rozvinutých státech světa, by nebyl myslitelný bez dříve nepředstavitelného rozvoje empirického výzkumu. Na základě obrovského množství empirických dat se konstruují vědecké teorie, které jsou na jedné straně základem pro nové porozumění světu, na druhé straně, když jsou využity vynálezci a výrobci nejrůznějších technologií a technických prostředků, tento svět skutečně přetvářejí. Vědecký a technologický rozvoj činí život člověka podstatně pohodlnějším a bezpečnějším, otevírá dříve netušené možnosti ve svobodném pohybu lidí a v jejich vzájemné komunikaci. Umožňuje léčit stále širší spektrum nemocí a pomáhá prodlužovat délku lidského života. Tyto nesporné přínosy není možné a ani vhodné popírat.

Jedním z impulsů vědeckého rozvoje byla naděje, že nová technika povede nejen k většímu bohatství, ale přinese také úlevu lidem těžce pracujícím a lidem strádajícím nemocemi a chudobou. Tato naděje byla do značné míry naplněna, dnes však bychom měli být schopni uznat, že vedle vědeckého pokroku sehrál významnou roli i vývoj moderní společnosti, postavený na ideálech spravedlnosti a demokratického uspořádání věcí veřejných. Člověk je také bytostí morální a proto nejen vědecky verifikovatelná věcná fakta, ale i hodnotové soudy hrají důležitou roli při jeho rozhodování.

Smutnou zkušeností posledních desetiletí je, že se ve vědě stále častěji setkáváme s podvodem. (Munck 1997) Jedním důvodem je, že se věda stala regulérní profesí zaměstnávající velké množství pracovníků a nejen kvalita, ale i množství získaných dat je

měřítkem úspěchu. V konzumní společnosti pak nepřekvapí, že někteří vědci neodolají pokušení zlepšit si svůj příjem či sociální status drobnou či větší úpravou naměřených dat.

Pravdivost výsledků vědeckého bádání nemusí ovlivňovat jen záměrný podvod. Jestliže výzkumné studie zaměřují pozornost na vybrané problémy a díky tomu přinášejí data pouze určitého typu, mohou poskytovat obraz natolik jednostranný, že je vlastně nepravdivý. Také způsob, jakým jsou uspořádány experimenty, není lhostejný. Vědec, který je veden určitou myšlenkou nebo snahou prokázat svou hypotézu stůj co stůj, nemusí vědomě podvádět. Někdy stačí publikovat jen vybraná data. A výběr dat nemusí být dán podvodným záměrem, stačí jednostranné zaměření či intenzivní zájem a víra ve svou hypotézu.

Dokud byla věda v podstatě altruistickou záležitostí, placenou především z veřejných prostředků, vzájemná společenská kontrola vědců fungovala celkem uspokojivě. Dnes je podstatná část výzkumu hrazena soukromými společnostmi, které jsou zaměřeny na zisk. Samozřejmě hradí jen ten výzkum, který přináší data, jaká potřebují.

Stále větší převaha výzkumu hrazeného ze soukromých zdrojů vnáší do zdravotnictví ještě jednu obtíž. Chorobám, které jsou v populaci častější, je věnována větší pozornost, protože zde je návratnost vložených investic snazší a rychlejší. Chorobám, které nejsou dost časté, je věnována podstatně menší pozornost. Není možné žádat od soukromých firem, aby financovaly výzkum pro ně nevýhodný. Je proto nutné na tento fakt upozorňovat a hledat prostředky ve veřejných zdrojích pro financování tohoto výzkumu. Tak vznikl pojem „orphan drugs“ (osiřelé léky) a byly rozvinuty konkrétní kroky k financování málo lukrativního výzkumu z veřejných prostředků.

Téměř každý vědecký výzkum přináší vedle nových poznatků i určitá rizika. Otevírá se zde otázka: Je morálně přijatelné ohrožovat zdraví člověka v zájmu vědeckého poznání nebo pro lepší zdraví jiných lidí? V průběhu dvacátého století se dospělo ke konsensu, že

výzkum na lidských subjektech je přijatelný, ale je nutné dbát jejich bezpečí a lidské důstojnosti. To znamená, že případné riziko spojené s výzkumem musí být vyváženo kvalitou a potřebou informací, které výzkum přinese a nikdy nesmí výzkumný zájem převážit nad zájmy lidí, kteří se výzkumu účastní. Tyto principy jsou dnes v rozvinutých státech světa obsaženy ve všech etických kodexech i v legislativních opatřeních.

Pro regulaci výzkumu na lidech existují dva základní kodexy, které je nutné respektovat. Norimberský kodex a Helsinská deklarace.

Norimberský kodex.

Norimberský kodex byl přijat v r. 1947 v Norimberku, ve městě, kde byli souzeni nacističtí váleční zločinci a kde se v plné nahotě ukázala nelidskost některých výzkumů prováděných ve fašistických koncentračních táborech. Na základě zkušeností z procesů s nacistickými válečnými zločinci byly formulovány tři hlavní zásady výzkumu na lidech, které zůstávají platné dosud.

1) Žádný výzkum nemůže být prováděn bez jednoznačně vyjádřeného souhlasu zkoumané osoby. Souhlas musí být explicitní a stvrzený podpisem.
2) Hlavní zodpovědností výzkumníka je, že výzkum nepovede k vážnějšímu poškození zdraví osob účastnících se výzkumu.
3) Výzkumný pracovník je také zodpovědný za to, že případné riziko ve výzkumu bude vyváženo hodnotou vědeckých poznatků, které výzkum přinese.

Helsinské deklarace

Norimberský kodex byl v době svého vzniku považován za mravní normou, která dostatečně ochrání lidi účastnící se dobrovolně výzkumu na své osobě. Očekávání ale zcela nenaplnil. V šedesátých letech dvacátého století byly odhaleny výzkumy, se kterými nebylo

dost dobře možné souhlasit a které v lidech nesdílejících výzkumné nadšení organizátorů vyprovokovaly spíše zděšení. (Beecher 1996, Katz et al. 1972)

Ukázala se potřeba stanovit nová, podrobnější pravidla výzkumu na lidech. Současně se ale vynořila otázka, jak zajistit, aby byla tato nová pravidla skutečně uvedena do praxe a jak vyloučit jejich mylné interpretace. V pluralitní společnosti, kde neexistuje společná světonázorová platforma, kde není shoda o hodnotách, a kde je vše založeno na dialogu, šlo o úkol na hranicích řešitelnosti. Obtížné role tvůrců nových pravidel se ujali lékaři sdružení ve Světové lékařské asociaci (World Medical Association – WMA). Díky jejich úsilí vznikl kodex, který je nazýván Helsinská deklarace. Na rozdíl od Norimberského kodexu nejde o statickou etickou normu s trvalou platností, ale o text, který je během let znovu a znovu diskutován a upravován. Světová asociace lékařů dala prostor k dlouhodobému dialogu o tom, z jakých principů by měla regulace výzkumu na lidech vycházet a jakými pravidly by se měla řídit. Výsledky tohoto dialogu se pak staly základem pro legislativní úpravy v rozvinutých státech světa. První verze Helsinské deklarace byla přijata na 18. výročním zasedání Světové lékařské asociace v červenci 1964. Deklarace byla opakovaně novelizována, vždy na výročním zasedání WMA, obvykle v měsíci říjnu. V roce 1975 byla novelizována v Tokiu, v roce 1983 v Benátkách, v září 1989 v Hong Kongu, v roce 1996 v Somerset Westu (JAR), v roce 2000 na 52. výročním zasedání v Edinburgu, v roce 2004 v Tokyu v roce 2008 v Soulu a konečně poslední revize byla přijata v roce 2013 na 64. výročním zasedání ve Fortaleza v Brazilii.

Helsinská deklarace stojí na stejných principech jako Norimberský kodex (dobrovolnost účasti, ochrana zdraví a lidské důstojnosti subjektů výzkumu, smysluplnost výzkumu), tyto principy ovšem dále podrobněji rozpracovává v souladu s vývojem názorů na postavení člověka v moderní liberální společnosti a s pokračujícím rozpracováváním koncepce lidských práv. Novinkou v Helsinské deklaraci je požadavek na zřizování etických

komisí při výzkumných zařízeních, již v první revizi z r. 1975 se v Helsinské deklaraci objevuje doporučení nechat přehlédnout zvláštní komisí všechny výzkumné projekty, kterých se účastní lidské subjekty. Etické komise plní několik účelů. Vypracovávají a implementují jednotnou interpretaci etických pravidel alespoň v rámci jedné instituce a jsou dozorčím orgánem etiky výzkumu ve své organizaci. Staly se institucionálním rámcem pokračujícího dialogu o etice výzkumu na lidech a současně i orgánem propagace principů obsažených v Helsinské deklaraci a edukace výzkumných pracovníků dané instituce. Setkávání členů etických komisí určitého regionu nebo státu vede k širšímu dialogu a k postupnému sjednocování postojů na národní či celostátní úrovni. V posledních letech jsme svědky pokusů o celoevropský dialog o pravidlech výzkumu na lidských subjektech a etické komise zde hrají svou nezastupitelnou roli.

Principy obsažené v Helsinské deklaraci byly samozřejmě dále rozpracovávány, již s cílem připravit jejich implementaci do legislativy. Prvními kroky v tomto směru byly iniciativy Evropské Unie a nevládní organizace CIOMS (Rada pro mezinárodní organizace lékařských věd) ve spolupráci s WHO.

Evropská Unie (European Commission) vydala v roce 1991 pravidla nazvaná Good Clinical Practice in the Conduct of Clinical Trials on Medicinal Products for Human Use (Správná klinická praxe při provádění klinických výzkumů léčivých přípravků pro použití u lidí). Jejich nejběžnějším označením se stala zkratka GCP, nalezneme jí např. v názvu vlivné nevládní organizace EFGCP (European Forum for Good Clinical Practice). Text GCP byl vypracován jako základ pro legislativní úpravu v rámci EU a tuto roli sehrává dodnes. Principy obsažené v GCP se podstatněji neliší od zásad Helsinské deklarace, rozpracovávají jí do větších detailů.

CIOMS ve spolupráci s WHO vydala v roce 1993 v Ženevě Mezinárodní směrnice pro biomedicínský výzkum zahrnující lidské účastníky. Tato směrnice není omezena svou platností na určitou část světa (jako GCP), byla vypracována jako směrnice s celosvětovou platností. Také se ve svých zásadách neliší od Helsinské deklarace, vzhledem k předpokládané širší působnosti je zde navíc článek (č.8), který upravuje výzkum zahrnující lidské účastníky v málo rozvinutých komunitách.

Bioetická konvence a Směrnice 2001/20/EC

Bioetická konvence neboli Úmluva o lidských právech a biomedicíně, též Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny je celoevropským dokumentem, který přijala Rada Evropy a je již platnou mezinárodní právní normou. Česká republika ratifikovala bioetickou konvenci v r. 2001. Ratifikace byla bez větších problémů u nás možná proto, že není v rozporu s českou legislativou, spíše vnesla do naší legislativy některá ustanovení, která zde chyběla.

Pro další vývoj evropské legislativy v oblasti výzkumu prováděného na lidech je důležitá směrnice 2001/20/EC Evropského parlamentu a Rady Evropy ze 4.dubna 2001 o přibližování zákonů nařízení a administrativních ustanovení členských států týkající se osvědčené klinické praxe (Good Clinical Practice) při provádění klinických experimentů s lékařskými výrobky, určenými lidským uživatelům. Tato směrnice zavazuje členské státy EU, že přijmou a vydají v souladu se směrnicí nezbytné zákony a administrativní ustanovení, které budou platné nejpozději od 1. května 2004.

Ani tato směrnice nepřináší žádné zásadní novinky do regulace klinických výzkumů. Jejím hlavním posláním je implementace pravidel, o nichž v EU panuje dobrá shoda, do zákonodárství jednotlivých států Unie. Je zde obsažena zásada vyváženosti předvídatelných

rizik a předpokládaného užitku pro subjekt výzkumu i pro ostatní současné i budoucí pacienty. Výzkum musí mít patřičnou vědeckou hodnotu. Informovaný souhlas je povinnou podmínkou, stejně jako zajištění práv na tělesnou a duševní integritu subjektu výzkumu a ochrany jeho soukromí a dat týkajících se jeho osoby. Subjekt klinického výzkumu má právo kdykoliv odvolat svou účast, musí mít k dispozici kontaktní místo, kde bude moci čerpat další informace. Za lékařskou péči musí být zodpovědný lékař a musí být zajištěno pojištění účastníků výzkumu. Souhlas etické komise je další nutnou podmínkou. Jsou stanoveny podmínky klinických experimentů s nezletilými. Musí být získán souhlas od zákonného zástupce, ale i sám nezletilý musí dostat jemu srozumitelné informace a musí být respektováno jeho odmítání účastnit se výzkumu. Klinický test prováděný na nezletilém musí přinášet přímý užitek pro skupinu pacientů trpících stejnou chorobou a je potřebný pro potvrzení dat již známých z výzkumů na lidech schopných poskytnout informovaný souhlas či z jiných výzkumů. Při plánování výzkumu musí být minimalizována bolest, nepohodlí, strach či jiná předvídatelná rizika. Zájmy pacienta vždy převládají nad zájmy vědy a společnosti. Podobně jsou koncipována pravidla pro výzkum na dospělých pacientech neschopných dát souhlas s výzkumem.

V současné době probíhá v EU proces schvalování nové regulace, tedy legislativní normy, která bude přímo platit v členských státech EU. Její název je „Regulation of the European Parliament and the Council on Clinical Trials on medicinal products for human use, and repealing Directive 2001/20/EC". Jejím základním cílem je sjednotit proces schvalování výzkumu v státech EU. Bude vytvořen jednotný portál pro příjem žádostí o schválení studie, jeden stát bude zodpovědný za zúřadování procesu a jsou podstatně zkráceny lhůty na posouzení projektů.

Etické komise

Etické komise jsou důležitým článkem v regulaci výzkumu. Původní ideou bylo vytvoření nezávislé skupiny dobrovolníků, kteří by v rámci dané instituce dbali na dodržování pravidel a na ochranu lidské důstojnosti ve výzkumu na lidech. Důvěrná obeznámenost s prostředím i osobní znalost výzkumných pracovníků by měla pomáhat členům etické komise hodnotit každý jednotlivý záměr i každý probíhající výzkum tak, jak je realizován v jejich instituci. Uspořádání etických komisí je od počátku nehierarchické. Rozhodnutí etické komise je konečné, není tedy možné odvolání. Z právního hlediska etická komise provádění výzkumných studií ani nepovoluje ani nezakazuje. Udělení souhlasu je pouze zákonnou podmínkou provedení výzkumu. Když etická komise neudělí svůj souhlas, nikoho nezkracuje na jeho právech. Právo provádět výzkum na lidech totiž neexistuje. Naopak, teprve když výzkumník splní všechny zákonné podmínky, smí provést plánovaný výzkum.

Původně byly etické komise jmenovány při zdravotnických a výzkumných institucích. Potřeba jejich nezávislosti ale vedla k tomu, že dnes již jsou ve většině evropských států samostatnými institucemi. Tím je zvýrazněna jejich formální, úřední role. Debata nad hodnocenými projekty ale zůstává jejich základní pracovní metodou.

Literatura k prohloubení tématu:

Šimek, J., Zamykalová, L., Mesanyová, M., Svobodová, H.: Etika výzkumu a etické komise v České republice Grada, Praha 2012

V textu zmiňované kodexy a konvence

Norimberský kodex: http://www.forumek.cz/documents/texts/1_6.pdf

World Medical Association Declaration Of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects
http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html

Convention on Human Rights and Biomedicine. Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine. Council of Europe, 1999. European Treaty Series - No. 164
http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/164.htm

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně.
http://bioetika.ktf.cuni.cz/articles.php?lng=cz&pg=44

Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Vysvětlující zpráva k úmluvě o lidských právech a biomedicíně. http://www.krev.info/Text/Umluva_biomedicina_vysvetleni2.htm

Additional Protocol to The Convention on Human Rights and Biomedicine, Concerning Biomedical Research. (Dodatkový protokol k Úmluvě o lidských právech a biomedicíně o biomedicínském výzkumu) Council of Europe Treaty Series - No. 195.
http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/195.htm

Directive 2001/20/Ec Of The European Parliament And Of The Council of 4 April 2001 on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States relating to the implementation of good clinical practice in the conduct of clinical trials on medicinal products for human use. Official Journal of the European Communities L121/34
http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2001:121:0034:0044:EN:PDF

Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS)
International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects
http://www.cioms.ch/publications/layout_guide2002.pdf

Guideline for Good Clinical Practice E6(R1).
International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use
http://www.ich.org/fileadmin/Public_Web_Site/ICH_Products/Guidelines/Efficacy/E6_R1/Step4/E6_R1__Guideline.pdf

Etické aspekty transplantací orgánů a tkání

I když je historie transplantační medicíny poměrně krátká, patří k těm medicínským oborům, kde se nejrůznější mravní dilemata podařilo vyřešit velice uspokojivým způsobem. Transplantace tkání se samozřejmě dařily dříve, transplantace celých orgánů přišly podstatně později. Kostní štěpy se úspěšně transplantovaly už koncem devatenáctého století. Bezpečnou krevní transfusi, která je vlastně transplantací krve, umožnil objev krevních skupin. Je snad obecně známo, že v Rakousku objevil krevní skupiny na počátku dvacátého století (1901) Karl Landsteiner a za svůj objev dostal v r. 1930 Nobelovu cenu. V roce 1907 učinil nezávisle na něm stejný objev český lékař Jan Janský. V r. 1905 se také podařila první transplantace oční rohovky.

Transplantace celých orgánů dlouho narážela na imunologické mechanizmy. Buňky imunitního systému dokáží rozpoznat některé látky tělu vlastní od látek cizorodých (tyto látky nazýváme antigeny). Vše, co obsahuje cizorodé látky je odstraňováno. Imunologické mechanizmy umožňují likvidaci bakterií, virů a jiných organizmů, které pronikly do těla. Představují účinnou ochranu před infekčními chorobami. Uplatní se i při likvidaci odumřelých či defektních částí orgánů a tkání. V transplantologii jsou ale velkou překážkou, protože orgány přenesené z jednoho člověka do druhého (pokud nejde o jednovaječná dvojčata) jsou rozpoznány jako cizí tkáně a jsou nemilosrdně likvidovány. Mechanizmu likvidace orgánu imunologickými mechanizmy říkáme rejekce (odmítnutí). Čím jsou si příjemce a dárce z hlediska antigenní struktury vzdálenější, tím dříve a rychleji k rejekci dochází. Proto rozlišujeme transplantaci xenogenní, což je přenos tkání a orgánů z jiného živočišného druhu, transplantaci alogenní jako přenos mezi různými jednici stejného druhu (například mezi lidmi) a autotransplantaci, přenos tkání a orgánů u jednoho jedince, člověka.

Autotransplantace naráží na nejméně problémů, imunologické problémy také nenastávají při přenosu mezi jednovaječnými dvojčaty (mají shodnou antigenní strukturu).

Xenogenní transplantace přinášejí své zvláštní problémy. (Council of Europe 2003) Již samotný přenos tkání a orgánů ze zvířat na člověka vzbuzuje u mnohých lidí pochybnosti, zda je to principiálně přijatelné. V poslední době se otevírá možnost genetické manipulace se zvířecími dárci. Antigenní struktura zvířecích orgánů by se díky genetickým manipulacím mohla přiblížit lidské. To ale znamená směšování lidského a zvířecího genomu. Proti vytváření „chimér" obsahujících jak lidský, tak i zvířecí genetický materiál jsou námitky dvojího druhu. Podobně jako v jiných oblastech jde o námitky typu deontologického (povinnostního) nebo utilitárního (užitečnosti nebo rizikovosti). Z deontologického hlediska je jakékoliv směšování lidského a zvířecího organizmu principiálně nepřípustné. Zvláště pak vytváření geneticky založených „chimér". Ve hře je ochrana lidské důstojnosti a pojetí člověka jako bytosti ve své podstatě odlišné od ostatních tvorů na Zemi. Utilitární argumenty zdůrazňují rizika, která takové postupy přinášejí. Jakékoliv zásahy do lidského genomu se mohou v příštích generacích nevyplatit. O genetickém přenosu informací stále ještě víme příliš málo, abychom mohli vyloučit různá nepříjemná překvapení, se kterými bychom si pak nevěděli rady. Pokud dnes narušíme lidský genom, který se vyvíjel miliony let, nebudeme umět jej opravit a je otázka, zda bude mít lidstvo další miliony let na jeho přirozenou nápravu. Jaká různá překvapení nás mohou čekat při vytváření chimér člověka a zvířete, neumíme předpovědět.

Zvláštním problémem u xenotransplantací je obava z přenosu infekcí ze zvířat na člověka, kterému až dosud bránily přirozené bariéry, které transplantace může obejít. V obou případech je doporučitelné uplatnit „princip opatrnosti" (precautionary principle). Jestliže u některých postupů je nezanedbatelné, i když nejisté riziko velkých problémů a ztrát, je lépe se

do nich nepouštět. Zde je hlavní důvod, proč je při xenotransplantacích na místě veliká opatrnost. To zákony většiny států respektují.

Základní problémy transplantační medicíny se týkají dnes nejběžnější metody – alotransplantací, tedy přenosu orgánů z člověka na člověka. To je dnes nejčastější způsob transplantací, existuje mnoho odborných i populárních textů na toto téma (např. Adamec et al. 2012, Gaber 2013, Olmer 2007). Antigenní struktura tkání je určována genetickými mechanizmy a je velmi složitá. Proto jen obtížně hledáme jedince s alespoň podobnou antigenní strukturou, riziko rejekce je velké. Proti rejekci orgánů je možné bojovat dvěma způsoby. Prvním způsobem je najít dárce, jehož antigenní struktura je co nejpodobnější příjemci. Pak je intenzita imunitní reakce mírnější, orgán může přežít i řadu let. Druhou možností je podávání látek, které potlačují imunitní reakci, imunosupresiva. Jejich vývoj začal v šedesátých letech dvacátého století. První imunosupresiva byla dosti toxická, teprve v 70. a 80. letech se začaly používat léky méně toxické a v různých kombinacích. To teprve umožnilo veliký rozvoj transplantační medicíny, jak jej známe z dnešní doby. Ve chvíli, kdy již bylo možné udržet při životě transplantovaný orgán řadu let, se samozřejmě začaly rozvíjet chirurgické techniky transplantací.

Nejstarším transplantovaným orgánem (když pomineme rohovku a krev, což jsou více tkáně než orgány) je ledvina. První její úspěšná transplantace proběhla v r. 1954 v USA u jednovaječných dvojčat. Ledvina se stala průkopnickým orgánem proto, že její odebrání a všití je chirurgicky relativně snadné (relativně znamená ve srovnání s jinými orgány), a je párovým orgánem, takže je možné použít ledvinu od žijícího dárce. Proto je také více času na vyhledání dárce vhodného. Paralelně s rozvojem transplantačních technik a imunosupresiv se rozvíjela i dialýza (umělá ledvina), tím se získal další čas navíc. Díky tomu mohou dnes pacienti čekat na transplantaci ledviny léta. Po zániku ledviny se vracejí do dialyzačního programu a čekají na transplantaci další ledviny.

Úspěchy u ostatních orgánů na sebe nechaly čekat dalších dvacet let, do poloviny šedesátých let dvacátého století. Slinivka byla prvně úspěšně transplantována v r. 1966, příštím roce (1967) pak byla transplantována játra (USA), a srdce (Jihoafrická republika). Transplantace jater, slinivky, srdce a plíce jsou technicky náročnější a orgány je nutné odebírat od zemřelých dárců. Srdce máme jen jedno. Z plic, jater a slinivky je sice možné transplantovat část, ale operace jsou spojeny s příliš velkým rizikem pro dárce a pro dospělého nemocného pouhá část obvykle nestačí. Mediálně nejznámější je příběh první úspěšné transplantace srdce (Christiaan Neethling Barnard). Srdce je spojeno u lidí s bohatou symbolikou, mnozí vnímali jeho transplantaci jako téměř „svatokrádežný" čin. Navíc na počátku operace se musí odejmout srdce pacientovi, odtud již není při jakémkoliv technickém problému návrat zpět. Odhodlat se v tehdejších podmínkách k takovému činu nebylo snadné. Proto asi není náhoda, že první úspěšná transplantace nebyla provedena v USA, ale v Jihoafrické republice.

První úspěšné transplantace byly sice významné události, ale zdaleka ještě neznamenaly začátek rozvoje transplantačních programů, jak je známe dnes. Jak je snad z předchozího textu zřejmé, vyměnit orgán v člověku není v žádném případě akt podobný výměně součástky v člověkem sestrojeném přístroji. Lidské tělo je živý organizmus, zde nelze zvednout kapotu, otevřít zásuvku, odšroubovat kryt. K proniknutí dovnitř těla je potřeba rozříznout kůži, tuk a svaly, které kryjí místo, kam vložíme nový orgán. Každý řez, i sebelépe sešitý, se několik týdnů hojí, vzniká jizva, která prochází složitým vývojem. Živý organizmus má svou spontaneitu, nikdy nemůžeme zcela přesně předpovědět, co se svým zraněním udělá. Nový orgán je nutné upevnit a našít pečlivě cévy, které orgán budou živit a zaručí jeho dobrou funkci. To jsou technicky vysoce náročné postupy, i zde reaguje organizmus na provedená zranění a může zareagovat neočekávaně. Hojení po vlastním chirurgickém výkonu je komplikováno antigenní odlišností voperovaného orgánu. Abychom zabránili jeho rejekci,

musíme oslabit imunitní systém. Oslabením imunitního systému ale zvýšíme riziko infekcí a zhoubných nádorů.

Zde jsou důvody, proč trvalo dalších dvacet let, než se ve světě postupně rozvinuly transplantační programy a transplantační medicína se stala běžnou součástí klinické medicíny. Vedle rozvoje chirurgických technik bylo nutné vyvinout kvalitní imunosupresivní léčbu a pokročit v antibiotické terapii. Vzdor veškerému pokroku ale pacient s transplantovaným orgánem už nebude nikdy plně zdráv, do konce života musí být sledován a léčen. Není pochyb o tom, že transplantační medicína přinesla revoluci do péče o některé nemocné, zachraňuje každoročně tisíce lidských životů a radikálně zlepšuje kvalitu života u dalších. Je ale nutné znát i stinné stránky této medicíny, aby pacienti a jejich příbuzní nevstupovali do procesu s nereálnými očekáváními.

Základní mravní dilema, které bylo nutné od počátku rozvoje transplantací řešit, je zdroj transplantovaných orgánů. Od počátku je v naší společnosti souhlas (mravní konsensus), že zabít člověka jakkoliv postiženého pro záchranu jiného lidského života není možné. Člověk, kterému odebereme životně důležité orgány, musí být mrtvý. Ale orgány, které potřebujeme, po smrti rychle odumírají, jejich použitelnost s každou minutou uniká do nenávratna. S určitou nadsázkou můžeme říci, že pro účely transplantace potřebujeme živé orgány, ale z mrtvého těla.

Prvními dárci se stávali oběti autonehod. Zdraví lidé, kteří po nehodě rychle zemřeli za přítomnosti lékařů. Ve stejné době se ale prudce rozvinula akutní medicína, dnes se již podaří většinu vážně zraněných stabilizovat, obvykle umírají až několik dní po nehodě. Bylo tedy nutné vyřešit dvě zásadní dilemata: Ve které chvíli jsme oprávněni odebrat potřebné orgány? A můžeme takový zásah do lidského, byť mrtvého těla učinit proti vůli zemřelého? I zde je v naší společnosti souhlas, že ani s mrtvým tělem nesmíme provádět nic, s čím by zemřelý nesouhlasil. Samozřejmě v mezích daných zákonem.

K transplantaci tedy potřebujeme živý orgán z mrtvého těla a souhlas od člověka, který je v bezvědomí a umírá. Tato na první pohled neřešitelná mravní dilemata se v transplantační medicíně podařilo velmi dobře vyřešit.

Smrt mozku

Prvním krokem byla nová definice smrti. Podle této definice člověk, kterému odumřel mozek, je mrtvý. Tomuto stavu říkáme mozková smrt. Výhody přijetí koncepce smrti mozku jsou zjevné. Smrt mozku umíme s velkou přesností stanovit. Podrobné neurologické vyšetření a arteriografie mozkových tepen (nástřik tepen a jejich rentgenologický obraz) stanoví smrt mozku spolehlivě. Od diagnosy smrti mozku k odběru orgánů máme k dispozici několik hodin, protože u takto mrtvého člověka umíme ještě nějaký čas udržet v pohybu krevní oběh.

Bylo ale nutné odpovědět na naléhavou otázku: Je člověk se smrtí mozku skutečně mrtvý? Od pradávna byla jistou známkou smrti zástava oběhu (tlukotu srdce) a dechu. Zde mrtvý pacient dýchá (i když jen díky přístroji) a srdce mu bije.

V prvním kroku si musíme připomenout, že zástava oběhu a dechu již dnes není jistou známkou smrti. Mnohé pacienty, kterým se zastaví srdce, přivedeme resuscitačními technikami zpět do života. Pokud se ve chvíli smrti pacientův oběh již nesnažíme znovu rozběhnout, není to pouze proto, že se zastavil. Upouštíme od toho proto, že ostatní části těla jsou již tak vyčerpané, že v obnovení krevního oběhu již nevidíme možnost, jak pacienta vrátit zpět do života.

Smrt mozku v žádném případě není pouhé bezvědomí, nemá nic společného s persistentním vegetativním stavem (pacient nereaguje, ale některé mozkové funkce přetrvávají). Ve stavu mozkové smrti je mozek skutečně mrtvý – nereaguje a není již vyživován. Z takového stavu již návrat k vědomí není možný. Část těla, rozhodující pro lidskou existenci, je mrtvá. (Haupt and Rudolf 1999, Welschehold et al. 2012)

V současném pohledu smrt člověka není okamžik. V průběhu smrti odumírají orgány postupně. Nejdříve mozek, pak srdce, ledviny, játra. Kůže může jevit známky života ještě druhý den po smrti, rohovka v oku ještě později. Až donedávna jsme konstatovali smrt ve chvíli, kdy se zastavilo srdce. V tu chvíli ale ještě žije mozek a ostatní orgány, odumírají o chvíli později. Navíc dnes srdce umíme ještě rozběhnout. Jako okamžik smrti jsme tedy stanovili „zástavu“ a odumření jiného orgánu, mozku.

Apodiktickou jistotu (stoprocentní), že jsme se s koncepcí smrti mozku rozhodli správně, samozřejmě nemáme. To ostatně v mravní oblasti nemáme nikdy. Teprve poté, co jsme jinak definovali okamžik smrti a tuto změnu definice obhájili závažnými mravními důvody, můžeme si položit otázku, zda byla koncepce smrti mozku konsenzuálně přijata v naší společnosti. A můžeme si odpovědět, že byla. Před přijetím této nové koncepce proběhla široká a otevřená diskuse vědců, lékařů, filosofů právníků a pacientů. Ve společnosti se pak vážnější námitky neobjevily, neexistuje platforma „za záchranu lidí s mrtvým mozkem“, dokonce ani ze strany motorkářů, které někdy označujeme jako „dobrovolné dárce orgánů“ nepřicházejí žádné protesty. Můžeme tedy konstatovat, že smrt mozku byla v naší společnosti konsensuálně přijata. Odběry orgánů od lidí ve stavu mozkové smrti jsou tedy mravně v pořádku. Hlavním motorem tohoto všeobecného přijetí jsou nesporné klady transplantační medicíny – již zmíněná záchrana lidských životů a zjevné zlepšení kvality života mnohých jiných.

V posledních letech se tento idylický obraz trochu hroutí. Vedle diagnosy smrti mozku se otevřela druhá cesta k odběru orgánů. Smrt je prokázána na základě ireverzibilní zástavy oběhu (tzv. dárce klasifikace Maastricht III). U pacientů, u kterých vzhledem k celkovému stavu není indikována resuscitace po zástavě krevního oběhu, se vyčká, až se srdce samo zastaví. Po dalších 5 minutách se konstatuje smrt a odeberou se orgány, i když bychom krevní oběh uměli ještě obnovit a pacientovi o pár minut až hodin biologické přežití prodloužit.

(Rusínová 2015) Mezitím jsme se naučili udržet při životě řadu týdnů až měsíců těla lidí po diagnostikované smrtí mozku. Již se narodilo „živé“ dítě z „mrtvé“ matky. Čeká nás proto další kolo diskusí a debat. Vlastní pravidla, tedy okolnosti, za kterých odebíráme orgány, jsou dobře propracována a konsensuálně přijata. Můžeme si býti jisti, že pravidla nedovolují poškodit pacienta v zájmu odběru jeho orgánů pro jiného pacienta. Naučili jsme se respektovat jeho vůli a vůli jeho blízkých. Bude ale nutné znovu položit otázku smrti člověka, a do našich teoretických koncepcí zabudovat fakt, že dnes již na intenzivní péči nečekají lékaři, až jim „smrt vyrve nemocného z rukou“. Své úsilí končí ve chvíli, kdy je jasné, že děje jsou nevratné, tedy že by sice bylo možné některé tělesné funkce ještě pár minut, možná hodin udržet, ale smrt odvrátit nelze. Pacient je v tu chvíli v bezvědomí a odkládat přijetí smrti nemá smysl.

Protože střet zájmů komplikuje život i lékařům v oblasti transplantologie, byla přijata zásada, že tým, který orgány odebírá, nemá nic společného s týmem, který se o pacienta do jeho smrti stará. Diagnosu mozkové smrti stanovuje tým, který se o nemocného stará ještě za jeho života.

Souhlas nemocného s odběrem orgánů

Druhé mravní dilema spočívá v problému, jak zajistit souhlas s odběrem orgánů bezvědomého člověka, který se již k vědomí nikdy neprobere. I zde řešení není až tak složité. Jak naložit se zemřelým tělem se musíme člověka zeptat, dokud je živ a při plném vědomí. Podobné otázky nejsou v naší společnosti ničím mimořádným, někteří lidé si dokonce kupují hroby nebo píší poslední vůli o tom, jak chtějí být pohřbeni. Proto tím prvním nápadem bylo požádat lidi, aby o té věci popřemýšleli a pokud se rozhodnou pro darování orgánů po smrti, aby podepsali příslušný dokument. Většina současných lidí ale o smrti nechce přemýšlet, je to cosi, co se jich netýká. V duchu neautentického modu bytí dle Martina Heideggera (1996) je

pro dnešního člověka smrt „věcí těch druhých“. Není tedy divu, že souhlasné dokumenty s odběrem orgánů po smrti podepisuje jen málo lidí. Kdo si dá práci a zeptá se těch, co žádný dokument nepodepsali, co je toho důvodem, u většiny z nich zjistí, že nejde o nesouhlas s darováním orgánů. Kdyby se jich smrt někdy v budoucnu týkala, a oni by zemřeli, bylo by jim jedno, co se stane s jejich tělem. Ale teď se tím zabývat nebudou. Na základě těchto zkušeností se zákonodárci ve většině států Evropy rozhodli, že souhlas s odběrem orgánů budou u svých občanů předpokládat. Ať podepíše příslušný dokument ten, kdo s odběrem nesouhlasí.

Tak vznikly dva základní mravní a právní systémy v oblasti získávání souhlasu zemřelých k odběru orgánů.

První z nich vyžaduje explicitní, dříve vyslovený souhlas zemřelého s odběrem. Tomu se anglicky říká „opting in“. „To opt“ znamená vybrat si, zvolit si, rozhodnout se pro. Tedy jde o systém, ve kterém se lidé rozhodují pro darování orgánů po smrti, tedy do systému vstoupit. Z mravního hlediska je tento přístup poctivější, zaručuje, že nebudou orgány odebrány nikomu, kdo by si to nepřál. Daní za tuto poctivost je nedostatek orgánů k transplantaci. Systém opting in mají ve své legislativě například v Anglii, v USA a v Kanadě, v Německu a v Holandsku.

Druhý systém souhlas s odběrem orgánů předpokládá, jde o tzv. „předpokládaný souhlas“. Dokument musí podepsat občan, který orgány po smrti darovat nechce. Musí se tedy rozhodnou ze systému vystoupit, proto anglicky „opting out“. V tomto systému nelze úplně zaručit, že orgány nebudou někomu odebrány proti jeho vůli. Za to ale je orgánů k dispozici poněkud více než v prvním systému. Systém opting out má ve své legislativě většina států Evropy, také my. Lidé, kteří se nechtějí stát dárci orgánů, musí v tomto systému dostat snadnou možnost, jak se vyvázat. To dnes není problémem. Stačí vytvořit registr nesouhlasících, nejlépe při ministerstvu zdravotnictví. V době internetu může být formulář

dostupný na příslušných webových stránkách a snadno odeslatelný do registru. Pak je nutné mít v příslušném zákoně paragraf, který nařizuje odběrovému týmu dotázat se v příslušném registru, zda tam není zapsán pacient, kterému se chystají odebrat orgány k transplantacím. Občanům je ale nutné sdělit, jaká legislativa byla vytvořena a vyzvat ty, kdož orgány dát nechtějí, aby se zapsali v registru. Ani to by neměl být problém v současné době mohutného rozvoje hromadných sdělovacích prostředků

V České republice se transplantační programy rozjíždějí ve stejné době jako v západní Evropě. Od šedesátých let dvacátého století se transplantují ledviny, od osmdesátých let se přidávají ostatní orgány – játra, srdce, plíce, slinivka. Vůdčími institucemi jsou v Praze IKEM (nejdříve Ústav, pak Institut klinické a experimentální medicíny) a v Brně CKTCH (Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie). K největšímu vzestupu počtu transplantovaných došlo v první polovině devadesátých let. Transplantační program si žádá týmovou spolupráci nejen v rámci instituce, ale i na celostátní úrovni. Vhodné dárce je nejdříve nutné na pracovištích intenzivní medicíny identifikovat, pak informovat příslušné koordinátory, péči o umírajícího upravit tak, aby byly jeho orgány zachovány, nakonec zorganizovat odběr a transplantace. To je organizačně i pedagogicky dost náročné. Nikde ve světě nejsou se svým transplantačním programem úplně spokojeni, my nejsme výjimkou. Ve srovnání s jinými sáty Evropy ale obstáváme velmi dobře. Jedno vážné mravní pochybení na svědomí ale máme. Když jsme v roce 2002 přijali nový transplantační zákon (Zákon 285/2002 sb.), trvalo celé dva roky, než byla vydána Vyhláška o podrobnostech rozsahu a obsahu povinně uváděných dat do Národního registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání. (Vyhláška 434/2004 Sb.) Nepamatuji, že by kdy proběhla větší kampaň informující občany ČR, že je vysoké riziko, že jim budou po smrti odebrány orgány, pokud se nezapíší do registru nesouhlasících. Můžeme tedy důvodně předpokládat, že se v naší republice odebraly a stále ještě občas odeberou orgány i člověku, který by s tím nesouhlasil.

Na závěr ještě postřeh z oblasti praktické, každodenní etiky. Ta koriguje opominutí a nejasnosti oficiálních doporučení a zákonů. Když funguje, je dobře, opomíjení každodenní etiky může zvrátit původně dobře míněná pravidla v jejich opak. V oblasti transplantační medicíny máme dobrý příklad jejího fungování. Na počátku devadesátých let došlo u nás (a zdá se, že i v jiných státech měli podobné zkušenosti) k velmi nepříjemné události. Tehdy byla transplantace a odběr orgánů pouze věcí lékařů, rodina pacienta byla zcela ze hry. V jednom prestižním transplantačním centru odebrali orgány mladé ženě a teprve po jejich odběru informovali o této skutečnosti rodinu. Pro rodinu zemřelé to byl takový šok, že jej nebyla schopna zpracovat. Členové rodiny dospěli k závěru, že jejich příbuzná nemusela zemřít, kdyby lékaři nepotřebovali její orgány. Se zdravotníky vedli mnohaletý soudní spor, ve kterém se snažili dokázat své přesvědčení. Uspět nemohli, protože formálně i věcně bylo všechno v pořádku a zákony hovořily jednoznačně ve prospěch zdravotníků. Náhodou jsem se po letech setkal s jednou paní z této rodiny a zjistil, že ani čas nepomohl rodině se s věcí srovnat. Lékaři pracující v oblasti transplantační medicíny ale vzali incident vážně, i když v soudních sporech vyhráli. Základní mravní pravidlo v medicíně je „primum noli nocere“ – v první řadě neublížit. A zde, i když bez zlého úmyslu, bylo ublíženo celé rodině. Řešení problému je snadné. Když je rodina informována včas, snáze se smíří. A když lékaři vidí, že rodina není schopna odběr orgánů přijmout, je ještě možné odběr neuskutečnit. Postupně se včasné informování rodiny zavedlo v naší republice do každodenní praxe. A lékaři připouštějí, že čas od času od odběru orgánů upustí, když rodina není schopna odběr přijmout. To se stalo běžnou praxí řadu let předtím, než v r. 2002 stanovil zákon povinnost informovat včas rodinu umírajícího.

Ve státech, kde mají systém „opting in“ trpí větším nedostatkem orgánů než ostatní země. I tam lékaři vědí, že to, že pacient nepodepsal potřebný dokument, není ze zásady, ale

z nezájmu. A také vědí, že příbuzní nejlépe vědí, co si umírající skutečně myslel o odběru orgánů. Použít svědectví lidí blízkých pacientovi při rozhodování o dalším postupu je dnes možné. Ostatně rozsudek ve slavném americkém mediálně známém případu Terri Schiavo (spor, zda nechat zemřít pacientku v permanentním vegetativním stavu) byl postaven na svědectví přátel pacientky. Začali se tedy lékaři ptát příbuzných pacienta, zda by souhlasil s odběrem orgánů, kdyby bylo možné se jej nyní zeptat. A když příbuzní dosvědčí, že by nejspíš souhlasil, orgány se odeberou. Tak se paradoxně, přes každodenní etiku, do medicíny naší euroatlantické civilizace vrátila rodina jako významný činitel. V obou systémech (opting out i opting in) má dnes poslední slovo. Je to tak zřejmě v pořádku. Vždyť umírající neumírá pouze sobě, ale také svým blízkým, přátelům a rodině. Zemřelý již netrpí, ale obraz jeho smrti si léta nesou v duši jeho blízcí.

Literatura k prohloubení tématu:

Gaber, A.O.: Current Topics in Transplantation, An Issue of Surgical Clinics, E- Book. Elsevier, Oxford 2013

Olmer, V.: Nač se bát Frankensteinů? , aneb Moje cesta k transplantaci. Mladá Fronta, Praha 2007

Adamec, M., Baláž, P., Janek, J.:Odběry orgánů k transplantaci / Odbery orgánov na trancplantácie. Karolinum, Praha 2012

Haupt WF, Rudolf J: European brain death codes: a comparison of national guidelines. J Neurol 1999; 246: 432–7.

Rusínová, K.: Pravidlo mrtvého dárce a jeho význam v současné etice transplantací. Disertační práce 1. lékařdká fakulta UK Praha 2015.

Etické problémy reprodukce – potrat, asistovaná reprodukce

Interrupce

Potrat, interrupce, přerušení či lépe ukončení těhotenství jsou pojmenování pro stejný výkon. Lidský zárodek, již uhnízděný v děloze, je zahuben a zlikvidován. Po staletí byl tento čin protiprávní, teprve od padesátých let dvacátého století postupně mnohé státy ve světě potrat povolují. V Československé republice bylo umělé přerušení těhotenství povoleno v r. 1957 zákonem č. 68/1957 Sb. Dozor nad potraty prováděly interrupční komise, které posuzovaly oprávněnost jednotlivých žádostí. Zkušenosti s interrupčními komisemi nebyly dobré. (Dudová 2009) Pro těhotnou ženu nebylo důstojné vysvětlovat cizím lidem okolnosti otěhotnění. Pravdivé popsání situace nevedlo dost spolehlivě k žádoucímu cíli, ke schválení interrupce. Proto ženy často uváděly údaje nepravdivé, přiváděly si falešné svědky mimomanželského početí apod. V r. 1986 přijat liberální zákon č.66/1986 Sb. Od té doby stačí k provedení potratu žádost ženy bez uvádění sociálních nebo ekonomických důvodů. Interrupce se provádí, pokud těhotenství nepřesahuje dvanáct týdnů a pokud tomu nebrání zdravotní důvody.

Přesto, že v naší euroatlantické civilizaci (v Evropě a v Severní Americe) je ve většině států interrupce legální, existují početné skupiny lidí, kteří potrat považují za nepřípustný zásah. V angličtině se hnutí odpůrců potratů nazývá „pro life“ (pro život), hnutí zastánců „pro choice“ (pro volbu). Obě strany mají pro svá stanoviska silné argumenty, jejich shoda není v dohledu.

Nejsilnější institucí, která stojí za odpůrci potratů je katolická církev. Hlavní argument je zde náboženský. Lidský život je darem Stvořitele, člověku není dovoleno tento dar odmítnout ani jako jedinci, (jsou nepřípustné všechny formy sebevraždy), ani za počatý plod.

Odpor katolické církve proti zahubení plodu jde tak daleko, že nepřipouští ukončení života plodu ani v případě, kdy je ohrožen život matky. Dokonce zásadně odmítá antikoncepce, které dovolí vznik zárodku, ale nedovolí jeho uhnízdění v děloze (nitroděložní tělíska, některé druhy hormonální antikoncepce).

Teoretickým východiskem pro odmítání potratů v jakékoliv podobě je pro katolíky ontologický personalismus. V rámci této koncepce „lidské bytí se nestává osobou v průběhu ontogeneze, lidské bytí je osobou od samého začátku koncepce. Osobnost se projevuje svými schopnostmi a svým jednáním, ale nemůže být redukována pouze na tyto vnější fenomény. Oplozené vajíčko je jedinečná a komplexní genetická entita. Proto lidské embryo už vlastní všechna práva, která lze přiznat lidské osobě. Patří sem zejména právo na život, fyzikální a genetickou integritu i právo na rodinu.“ (Lajkep 2003) Ontologický personalismus je spojen s jedním problémem. Pokud přijmeme základní argumentaci personalismu (hodnota lidského bytí je v tom, že je člověk osobou), ale nepřijmeme předpoklad, že člověk je osobou od splynutí gamet, můžeme dospět ke zcela opačným postojům. Peter Singer, známý svými extrémními postoji, přiznává člověku práva jen do té míry, do jaké je osobou. Pak nejen embryo, ale ani novorozenec nebo starý dementní člověk nemají zvláštní lidská práva, podobně jako jiní tvorové, kteří také nejsou osobou.[1] (Singer 1996) Odmítnutí faktu, že člověk je plnoprávnou osobou od početí, přitom není obtížné. Embryo prostě fyzicky není ještě člověkem. Člověkem může být pouze v aristotelském pojetí jako člověk „v možnosti“ (in potentia). Člověkem v uskutečnění (in actu) se stává mnohem později. A k tomu, aby se embryo stalo člověkem, musí být ještě naplněna řada dalších podmínek. Ty potřebné

[1] Singer, P.: Rethinking Life and Death: The Collapse of Our Traditional Ethics. St. Martin’s Griffin, New York, 1996. ISBN 0-312-14401-6 (s. 220). „A being that is not a person does not have the same interest in continuing to live into the future that a person usually has, but it will still have interests in not suffering, and in experiencing pleasure from the satisfaction of its wants. Since neither a newborn human infant nor a fish is a person, the wrongness of killing such beings is not as great as the wrongness of killing a person . . . We do both infants and fish wrong if we cause them pain or allow them to suffer, unless to do so is the only way of preventing greater suffering"

podmínky v přirozených procesech až příliš často naplněny nejsou, až u 70% embryí vzniklých přirozenou cestou se nezdaří nidace a embrya zahynou. Obhájce přípustnosti potratů proto ontologický personalismus nepřesvědčí. Pro věřící by mohl stačit argument posvátnosti lidského života.

Potrat je nepřípustný i pro mnohé ženy stojící mimo katolickou církev, které ontologický personalismus neznají. Argumenty těchto žen jsou slučitelné s feministickou etikou, která vychází ve své argumentaci ze vztahu mezi aktéry. Již od počátku těhotenství se rozvíjí vztah mezi zárodkem a těhotnou ženou, tento vztah pak nedovolí ženě, aby zárodek zahubila.

Hlavním argumentem zastánců potratů je právo ženy na sebeurčení. Žena v tomto pojetí není „bezprávný stroj na výrobu dětí“ (oblíbený argument amerických feministek), ale lidská bytost, která má právo se v situacích pro ni závažných sama rozhodnout. V těhotenství prochází žena mnohými proměnami na tělesné i psychické úrovni, na řadu let se mění struktura její sociální situace (přibývá jeden člen rodiny). Proto má plné právo těhotenství odmítnout.

Filosofický základ tohoto postoje bývá označován jako empirický funkcionalismus. Podle této teorie se člověk nestává osobou, tedy plnoprávným subjektem v okamžiku splynutí gamet, ale později, v závislosti na získaných skutečných vlastnostech. Základní obtíží empirického funkcionalismu je, že po splynutí gamet již nelze s jistotou stanovit žádný okamžik ve vývoji člověka, který by jednoznačně určoval, odkdy tedy je nutné zárodek či plod chránit. Existuje řada sofistikovaných argumentací, proč je potrat přípustný do konce třetího měsíce těhotenství. Tyto teoretické koncepty ale nevedou k evidentnímu určení nějakého okamžiku ve vývoji plodu, spíše vzbuzují dojem, že obhajují již zavedenou praxi. Gradualismus přisuzuje lidskému zárodku hodnotu postupně, podle jeho zrání.

Realitou současné doby je fakt, že ve většině států naší euroatlantické civilizace je potrat povolen, i když v té věci není úplná shoda. Legislativa vychází z převládajícího názoru, že potrat sice není dobré řešení, v určitých situacích je ale přípustný. Nejvíce lidí se shodne na ukončení těhotenství vzniklého znásilněním, ale i obtížná životní situace je u mnohých také silným argumentem. Jak již bylo zmíněno úvodem, komise, které posuzovaly, zda jsou sociální důvody dostatečné, se neosvědčily. Proto nechává legislativa rozhodnutí na ženě samotné. Americký filosof James Nelson (1992) již v r. 1992 navrhoval, abychom v této oblasti místo etiky práv (podle feministky Mary Anne Warren není v jedné lidské kůži prostor pro dvoje lidská práva) užívali etiku zodpovědnosti. Když žena otěhotní, rozhoduje se, zda převezme za vyvíjející se plod zodpovědnost. Když se rozhodne zodpovědnost nepřevzít, jde na potrat. V současné společnosti můžeme tedy převzetí zodpovědnosti ženy za uhnízděné embryo považovat za jednu z uznaných podmínek jeho zdárného vývoje. Můžeme debatovat, jaké důvody jsou dostatečné, aby žena byla oprávněna zodpovědnost nepřevzít. Katolická žena převezme zodpovědnost vždycky. Ostatní ženy se ve svých postojích někdy dost podstatně liší. A protože nebylo dosaženo shody, za jakých okolností můžeme ženu nutit, aby zodpovědnost přijala, je rozhodnutí ponecháno na ní samotné.

Ještě bychom si mohli položit otázku, proč muži, pokud je žena k rozhodování sama nepozve, jsou z rozhodovacího procesu prakticky vyloučeni. Odpověď je jednoduchá. Během těhotenství se tělo ženy radikálně proměňuje, mění se i její psychika. Porod je zjevná zátěž, opět na úrovni psychické i tělesné. Muž je víc divákem než aktérem. Potrat také zatěžuje především tělo a duši ženy. Proto je v pořádku, že zodpovědnost za počaté embryo přebírá v první řadě žena.

Asistovaná reprodukce

Asistovaná reprodukce je široký pojem, lingvisticky jde o jakoukoliv pomoc neplodnému páru. Takže i nevěra ženy, která ví, že má neplodného muže, je svým způsobem asistovaná reprodukce. Z lékařských výkonů patří k nejstarším umělá inseminace. Při této metodě se vstříkne sperma přímo do dělohy, což umožňuje v případě neplodnosti muže použít sperma darované.

Pro naše účely stojí ještě za zmínku originální metoda léčby neplodnosti podle Mojžíšové. Ludmila Mojžíšová byla mimořádně zručná rehabilitační pracovnice, proto pečovala i o vrcholové sportovce a vychovala celou generaci svých následovnic. Během své pracovní kariéry vyvinula vlastní metodu odstraňování funkčních poruch pohybového systému. Pacienti, kteří kromě její přímé péče ještě podle jejího návodu praktikovali každodenní krátké cvičení, obvykle záhy pocítili úlevu od nejrůznějších obtíží, jako jsou migrény, bolesti v zádech, v podbřišku a leckde jinde. Časem paní Mojžíšová zjistila, že některé její pacientky otěhotněly i po mnoha letech neplodnosti a začala užívat svou metodu i v této indikaci. Její léčba neplodnosti je svéráznou kombinací cvičení a rehabilitačních praktik. Statistické ověření účinnosti takové metody je obtížné a nákladné, proto jednoznačný důkaz nemáme, ale lze se oprávněně domnívat, že metoda svůj účinek má. Co je důležité z etického hlediska, její pacientky musely přispět svým vlastním úsilím. Své pacientky nabádala: "Budete cvičit, abyste si zpevnily půlky. Za měsíc se přijdete ukázat a budete je mít každá jako mandle. Děti chcete vy, tak si pamatujte, že každá jste svého štěstí strůjcem...," (Strusková 2007)

V současné době oblast asistované reprodukce ovládla metoda zvaná „in vitro fertilizace“, česky se zpočátku nazývala „děti ze zkumavky“. Na sklíčku, ve vhodném prostředí se prostě smísí vajíčka a spermie. K oplodnění a ke vzniku embrya (zárodku) tedy

dojde mimo tělo ženy. In vitro fertilizace řeší v první řadě neplodnost ženy způsobené neprůchodnými vejcovody, uplatňuje se i při malém počtu a špatné kvalitě spermií partnera. Díky tomu, že k oplodnění vajíčka dochází na sklíčku, mimo tělo ženy, otevřela tato metoda dveře nejrůznějším dalším praktikám. Protože jde o lidskou reprodukci, všechny tyto praktiky vzbuzují vážné etické otázky. Znovu a znovu se vynořuje otázka, zda je správné dělat všechno, co dokážeme, téma asistované reprodukce patří k nejobtížnějším v lékařské etice.

V čem je problém? Početím, těhotenstvím a porodem přichází na svět další lidský jedinec. Od splynutí gamet až do dospělosti je v mnoha směrech embryo, plod, novorozenec, dítě a ještě i adolescent závislý na svých rodičích. Dobře fungující rodina vybaví mladého člověka do života kvalitně. Ten pak žije spokojeně a je prospěšný sobě, příslušníkům své generace i generací příštích. Obvykle založí rodinu, ve které zplodí a vychová další kvalitní lidské jedince. Rodiče, kteří udělají příliš chyb, nevybaví své děti do života dostatečně. Člověk vycházející z takové rodiny spokojený nebývá a nezřídka potřebuje péči svého okolí zbytek svého života. Své problémy pak předává dalším generacím. Výchova je složitá záležitost, děti reagují více na to, co vidí a co prožívají než na to, co je jim říkáno. Komunikace mezi dětmi a rodiči má hodně nevědomých prvků, proto je rozhodující osobnost rodičů. Základy osobnosti rodičů se ale stavěly v jejich dětství. Z těchto důvodů je role rodiče ve společnosti tak důležitá a není jedno, v jaké atmosféře se děti počínají a přicházejí na svět. A není jedno, jak ve společnosti fungují rodiny.

Až do nedávné doby početí, těhotenství a porod byly spojeny se spoustou tajemství. Osud (náhoda, Bůh) zde měl svou silnou roli, když všechno dobře dopadlo, snáze bylo dítě přijímáno jako dar, který zavazuje. Dnes máme celý proces ve vlastních rukách, můžeme sledovat „v přímém přenosu“ vývoj dítěte od početí až do porodu, jen výjimečně se přihodí nějaké neštěstí. Dítě se stává něčím, na co máme nárok, pokud se pro ně rozhodneme. Když dostanu to, „co mi patří“ a sám jsem si ohlídal, aby se nestalo něco nepatřičného, vděk či

pocit závazku tak snadno nevzniká. Asistovaná reprodukce k tomu ještě přidává technologii, která zvyšuje pocit, že jsme to my, kdo plodí děti, a že si s nimi tedy můžeme dělat co se nám zlíbí, jako se všemi ostatními našimi výrobky. Dítě je ale unikátní lidský jedinec, který potřebuje naší podporu. Potřebuje lidský respekt, a tím se liší od všech našich výrobků.

Metoda paní Mojžíšové nebyla bez nároků. Žena, která chtěla otěhotnět, musela pravidelně cvičit a docházet za rehabilitační pracovnicí. Byla zde přítomna otázka, zda mít dítě jí stojí za takovou námahu, A bez muže otěhotnění možné nebylo. Stále to byl úkol pro oba. Centrum asistované reprodukce žádné velké úsilí od ženy nevyžaduje. Jak už to v současné medicíně bývá, během vlastního zákroku musí na chvíli (na štěstí jen krátkou) zapomenout na své lidství a nechat si dítě vložit do dělohy stejně, jako se vkládá součástka do auta. Muž v určitou chvíli, vzdálen od své ženy, odevzdá sperma. Pak už k ničemu není potřeba. Může dítě už nechtít. Protože ale na počátku podepsal kus papíru, nikdo se jej na nic neptá. Muž může dokonce i umřít. A nikdo si nepoloží otázku, zda je pro dítě dobré narodit se jako poloviční sirotek, navíc jako náhrada za zemřelého otce…

Katolická církev správně upozorňuje, že technika in vitro fertilizace je nepřirozená. Škoda, že jediný závěr, který z tohoto faktu činí, je zákaz. Ten občas nerespektují ani vlastní věřící. Nepřirozenost početí na sklíčku by měla být spíše výzvou k opatrnosti, k zamyšlení nad tím, co to děláme a jak to děláme. Dítě by mělo být plodem lásky mezi mužem a ženou, mělo by být počato ve chvíli, kdy ti dva vybudovali pro ně milující prostředí. Na to by se měli především ptát pracovníci center asistované reprodukce. Stává se, že je mladé ženě doporučeno těhotenství k vyléčení bolestí v malé pánvi. Pokud se početí nedaří přirozeným způsobem, využije žena služeb centra asistované reprodukce. Znám případ, kdy teprve v psychiatrické ambulanci byla položena otázka, zda bude otec takto počatého dítěte dobrým rodičem a použitelným partnerem. Odpovědět samozřejmě za ženu nikdo druhý nemůže. Ale

podobné otázky by měly být někým pokládány ještě před použitím technologických prostředků.

Ve chvíli, kdy jsme z početí udělali pouhý technologický problém, otevřela se řada nových možností. Ty samy o sobě nutně nemusí být špatné. Reprodukce unikátních lidských jedinců si ale žádá velký díl zodpovědnosti všech aktérů. Právě ta zde až příliš často chybí.

Možnost upravit chemicky ženě menstruační cyklus a tak jí umožnit stát se milující matkou, je sama o sobě dobrá. Dnes ale již chodí po světě několik šedesáti až sedmdesátiletých matek. Jejich porodníky netrápí, že dle statistiky budou jejich děti kolem desátého roku sirotky, a že je jejich matky nevychovávají o jednu, ale o tři generace zpět. Jedna z nich ovdověla, když dítěti bylo pět let. V sedmdesáti letech s ním zůstala sama. Napsala zoufalý otevřený dopis ženám své generace, ať to nedělají. Budou na toto varování slyšet?

Žena, které z různých důvodů není dopřáno dítě donosit, může díky asistované reprodukci požádat jinou ženu, aby je odnosila za ní. Této možnosti se říká náhradní matka. V zásadě jde o akt občanské pomoci. Ale občas se stane, že žena po proběhlém těhotenství se nedokáže dítěte vzdát. Komu to dítě po právu „patří“? Chceme zákon, který stanoví, že se matka za určitých okolností „musí“ vzdát dítěte, které porodila? Stalo se také, že se narodilo dítě postižené. Skončilo v dětském domově. Dárkyně embrya dítě odmítla, ona si přece objednala zdravé dítě. Žena, která dítě porodila, se odmítla starat o „cizí“ dítě. Zákon může jednoznačně stanovit práva a povinnosti všech aktérů. Tím ale otevře cestu nové profesi – role náhradní matky jako zdroj obživy. Umožní ženám, které si jenom nechtějí těhotenstvím kazit tělo, aby se také staly matkami. Budou milovat své dítě, které si pořídily zhruba stejnou cestou jako nový nábytek? Některé jistě ano. Ale co bude s dětmi, které si matky pořídily jako módní doplněk a pak je přestaly bavit? Proto možná není špatné řešení, které máme v české legislativě. Není výsledkem racionálního řešení, spíše nezájmu našich zákonodárců. Podle

staré legislativy je matkou prostě ta žena, která dítě porodila. Možnost náhradní matky je u nás využívána, ale všichni aktéři si musí řádně rozmyslet, co dělají a pořádně se předem domluvit.

V současné době můžeme z každého embrya vzít jednu buňku (to mu neublíží) a podrobit jí DNA analýze. Můžeme tak zjistit, na které choroby bude dítě náchylné, můžeme vyloučit většinu vrozených vad. Časem bychom si mohli vybrat to „nejlepší“ embryo. Již dnes umíme zjistit, z kterého embrya bude chlapeček a z kterého holčička. Rodičům se tak otevírají úžasné možnosti – dítě podle objednávky (designed baby). Když vědci vyhlásili program eliminace vrozených vad touto cestou, ozvali se představitelé světových svazů invalidů. Mnozí z nich mají vrozenou vadu. Jakým právem je nechceme pustit na svět? To je skutečně závažná námitka. Dítě je unikátní jedinec. Jaká je to unikátnost, když mu rodiče vyberou geny? Nebylo by takové dítě příliš „pouhým nástrojem k naplnění potřeb jiného člověka?“ (To je v rozporu s Kantovým kategorickým imperativem a s lidskými právy.)

Představme si rodiče, kteří mají možnost si vybrat buď modrookou holčičku, nebo černovlasého chlapečka. Když si vyberou holčičku, vůči ní je to v pořádku, nejspíš bude i milována. Ale jakým právem nepustí na svět toho chlapečka? Jemu svým rozhodnutím říkají ne. Mají na to právo? Existuje i utilitární argument (argument užitečnosti) proti takovým postupům. Lidský genom se vyvíjel miliony let. Prozatím nerozumíme genetickým mechanizmům natolik, abychom dovedli předpovědět, co ten který zásah způsobí. Co když se s geny, které jsou spojeny s vadami, zbavíme genů, které chrání lidský rod před zánikem? Pokud se týká poměru pohlaví, rodí se trochu více holčiček. Protože chlapečci jsou zranitelnější a více jich v dětství umírá, je tak zajištěno, že v období plodnosti je poměr mužů a žen vyrovnaný. Když svou svévolí při výběru pohlaví našich dětí tento poměr narušíme, netušíme, co tím způsobíme. Ze všech těchto důvodů naše zákony výběr pohlaví i DNA analýzu před implantací embryí zakazují. S jedinou výjimkou. Některé vrozené vady

opravňují ženu ze zákona žádat interrupci i po ukončeném třetím měsíci těhotenství. Nemělo by smysl tyto zárodky vkládat do dělohy jenom proto, aby byly později potraceny. Proto je možné tyto vrozené vady zjišťovat už u embryí.

V posledních letech se stále intenzivněji debatují další možnosti, které nám metody asistované reprodukce nabízejí.

Již jsme se zmínili, že muž dnes již k početí dítěte není potřeba. Stačí, když někdy předtím poskytne výměšek svých pohlavních orgánů, kterého si příliš neváží, protože jej stejně k původnímu účelu, tedy k reprodukci používá jen zcela výjimečně. Zbytek zařídí zdravotnická technologie. Sexualita je více či méně svázána se vztahem. Buď je přímo výrazem vztahu, nebo oba aktéři vědí, že ze sexuality vztah může vyrůst. Pokud vztah vznikne jen na jedné straně, znamená to obvykle komplikaci pro oba. O tom byly popsány stohy papíru v krásné literatuře. Oplodnění na sklíčku si nežádá přítomnost ani muže ani ženy. Vzniklé embryo se pak mimo jakýkoliv vztah umístí do dělohy ženy. Samozřejmě známe spousty rodičů, kteří takto počaté dítě přirozeným způsobem milují. Devět měsíců těhotenství také vykoná své. Jenom si učitel morálky posteskne, že dnes nutíme muže, aby byli u porodu, kde nikdy dříve nebývali a vytlačujeme je z okamžiků, ve kterých byli nepostradatelní. Možná by nebylo marné alespoň motivovat muže k tomu, aby byli osobně při vkládání embrya do dělohy a drželi přitom ženu za ruku nebo jinak projevovali svůj vztah k ní. Jsem přesvědčen, že procento uchycených embryí by bylo při tomto uspořádání vyšší.

Horší je, že zdravotnická technologie tím otevřela dveře k rodičovství těm lidem, kteří byli z rodičovství přírodou (osudem, Stvořitelem) vyloučeni. Dítě si dnes může dopřát homosexuální pár, osamělá žena. Samozřejmě, lepší harmonický homosexuální pár než dětský domov a než rozhádaný sadomasochistický heterosexuální pár. Existuje spousta matek samoživitelek, a jejich děti také vyrůstají do uspokojivé dospělosti. Ale, jak uvede do života své dítě žena, která pro ně nedokázala najít otce? (Zeptejte se psychoterapeutů, mají s tím své

zkušenosti.) Jak se bude cítit dítě rozhádaného sadomasochistického homosexuálního páru? I když bude pár harmonický, je skutečně v nejlepším zájmu dítěte mít dvě maminky a žádného otce (nebo dva otce a žádnou matku)? Zkusme si představit dítě, které vstupuje do prvních vztahů se svými vrstevníky. Až dosud každé dítě má maminku a tatínka. Jeden z nich může být již mrtvý, rozvedený a daleko, ale nějak existuje. Většinou existují aspoň fotografie. Zeptejme se dětských psychologů, jak se cítí děti, které to v tu chvíli mají nějak jinak (např. nevědí, kdo je jejich tatínek, nikdy o něm nic neslyšely). Ostatní děti jim to moc neusnadní, umí být v takových chvílích dost kruté. Jak se asi budou cítit děti, které žádného tatínka nemají, nebo mají dvě maminky či dva tatínky? Člověk se dokáže ve svém vývoji přizpůsobit mnohému, nejspíš se tyto děti nějak srovnají i s touto svou odlišností. Ale položme si otázku s Kantem: Má dospělý člověk právo na dítě? Právo na nositele všech lidských práv a na „účel sám o sobě“? I za cenu, že je uvede do obtížné životní situace? Neměli bychom, místo toho, abychom poukazovali na to, že z nezdařených manželství děti také nějak narostou, motivovat rozhádané rodiče, aby se buď rozešli nebo dohodli a žádat po osamělých ženách, aby svým dětem nějakou mužskou figuru do života uvedly?

Obávám se, že tyto otázky nejsou dnes slyšeny s dostatečnou vážností a zodpovědností vůči takto plánovaným dětem. Zdá se, že je jen otázkou času, kdy to každý člověk bude mít jinak. Jednu, dvě nebo i tři maminky, žádnou maminku, několik tatínků, žádného otce, dokonce i žádného rodiče. Vychovávat děti budou rodiče, ale také lidé v nejrůznějším vztahu k nim, dětské domovy, pěstouni, sousedi. Určitě se tomu lidská společnost přizpůsobí. Jako učitel morálky si to dovedu představit, ale jsem rád, že se toho nedožiji. Pochybuji, že taková společnost obstojí v soutěži s jinými společnostmi, které zachovají původní strukturu rodiny (jako Římané neobstáli v soutěži s Germány). Ale musím uznat, že i v tomto případě má naše civilizace pár století čas. A že může všechno pak dopadnout jinak, samozřejmě nemohu popřít. Učitel morálky není věštec. Jeho úkolem je varovat, ne předpovídat budoucnost.

Dárcovství orgánů, spermatu, vajíček, embryí je až dosud anonymní. Lidé si umí až neuvěřitelně komplikovat život. Docela děsivá je představa, že se v rodině dárce či příjemce orgánu objeví cizí člověk a bude si žádat cosi, co souvisí s darem orgánu. Stejně neřešitelnou situaci vytvoří adolescent, který se objeví v rodině muže, který před lety daroval sperma k účelům asistované reprodukce a bude od něj žádat plnění rodičovských povinností. Nebo dítě, které vstoupí do života manželského páru, který před lety daroval embryo. V posledních letech se z mnoha stran vyvíjí stále intenzivnější tlak na odkrytí anonymity dárců. Hlavním heslem tohoto tlaku je právo člověka znát své biologické předky. Druhým argumentem je potřeba člověka znát svá genetická zdravotní rizika. Pokud bude anonymita dárců zrušena, bude nutné vymezit jejich práva a povinnosti a přijmout řadu zákonných opatření na jejich ochranu. Také se od základů změní motivace dárců. Proto si lze jen těžko představit, že by rozkrytí anonymity dárců mohlo mít retroaktivní platnost (tedy týkalo by se i stávajících anonymních dárců).

Možná má tento tlak svůj racionální základ. Pokud vybudujeme výše popsanou společnost, ve které bude rodina s otcem a matkou jen jednou z mnoha možných forem plození dětí, pak to jediné, co bude mít schopnost určovat identitu člověka jako jedince, bude jeho genetický původ. Znalost genetického původu pak bude převážně informativní, mohli bychom říci existenciální, bude ale zakládat jen velmi omezená práva vůči genetickým rodičům.

Přírodní loterie a ideál rodičovské lásky

Vztah rodičů k dětem je klíčový pro zdravý rozvoj společnosti. Rodiče vytvářejí pro své děti prostředí, ve kterém se vyvíjejí od narození až do převzetí vlastní zodpovědnosti v dospělosti. Rodina tak podle Chvály a Trapkové (2005) funguje jako sociální děloha, ze

které se musí mladý člověk ještě jednou narodit, tentokrát do světa dospělých. Odpoutat se od své rodiny musí proto, že rodina dítě a mladého člověka formuje, v dospělosti si ale člověk musí vytvořit vlastní verzi života, sám se rozhodnout pro určité hodnoty a ve svém dospělém životě je sledovat. Není tedy jedno, v jakém prostředí dítě a mladý člověk vyrůstá a není jedno, jak se od své rodiny posléze odpoutá. Mezi generacemi musí být přirozené pnutí, jinak by se vývoj lidstva zastavil. Přirozené pnutí by ale nemělo vyústit v nepřátelství mezi generacemi, prostě proto, že zlost, pocity křivdy, agrese nejsou dobrými rádci při rozhodování ve složitých životních situacích.

Dítě by proto mělo být přijímáno rodiči jako závazek, úkol dovést dítě do svébytné dospělosti. Každá stavba, každé lidské úsilí vychází z nějakého základu. Když je základ špatně postavený, stavba, dílo, musí mít vady. Proto není jedno, jakým způsobem a v jaké atmosféře je dítě počato. Pro úvahy, jaké chyby můžeme přitom udělat, je vhodné odlišit argumenty deontologického rázu (otázka práv a jim odpovídajících povinností) od argumentů utilitárních (užitečnost pro lidskou společnost).

Deontologické argumenty vycházejí z Kantova pojetí morálky a z jeho kategorického imperativu, v nové době ve zjednodušeném pojetí z morálky lidských práv. Člověk má nezadatelné právo se narodit jako svébytná bytost, jedinečná ve svých motivacích a životních plánech, nesmí být pouhým nástrojem k naplňování potřeb jiných lidí, a to ani citových. S touto základní tezí, v naší civilizaci přijatou jako základ morality, je v rozporu jakákoliv manipulace se zárodkem podle přání rodičů. Ženě jsme dali právo odmítnout přijetí zodpovědnosti za počatý plod. Pokud jí ale přijme, je povinna respektovat dítě v jeho individualitě. Nedostatek respektu se vymstí v neurotické osobnosti nového člověka a v mezigeneračním nepřátelství. (To jsou již utilitární argumenty.) Vybírat mezi embryi, kterému z nich dovolíme vstup do života a kterému ne, tedy nemáme právo. Při takovém výběru nutně hledisko rodičů dalekosáhle převáží nad hlediskem dítěte.

Utilitární argumenty vycházejí ze dvou faktů. Jakékoliv svévolné znásilňování nové generace povede k prohloubení mezigeneračního nepřátelství. Pokud budeme svévolně zasahovat do lidského genomu, byť jenom výběrem z našeho zjednodušeného hlediska „vhodných“ embryí, a to v době, kdy ještě zdaleka podstatě přenosu genetických informací nerozumíme, riskujeme rozkolísání lidského genomu, které se samozřejmě může vymstít.

Jako utilitární argument bychom zde měli uvést i starosti některých současných filosofů, (Kohák 1993) kteří vidí podobnost mezi současnou mravní krizí a krizí antického člověka. Stejně jako v důsledku mravní krize zanikla velká a silná Říše Římská a vláda nad světem přešla do rukou jiných národů, i naše civilizace postupně degeneruje. Je to jistě otázka staletí, jestliže ale narušíme klíčovou funkci rodičovství, příští generace budou méně a méně schopny obstát v soutěži mezi civilizacemi a vládu nad světem převezmou jiní.

Klíčovým apelem, který dnes najdeme v učebnicích lékařské etiky, je respekt k náhodě, která stojí za vývojem lidstva i jeho genomu. Pro tuto roli náhody se užívá termín „přírodní loterie“, anglicky „natural lottery“. Přírodní loterii v sociální oblasti, která stojí za rozdílností schopností a talentů, ale také za velkými rozdíly v materiálním zajištění, jistě nepřijímáme v plném rozsahu. Základním posláním sociální politiky moderního státu je dopady této loterie mírnit. V lidské reprodukci bychom ale měli tuto náhodu, přírodní loterii co nejvíce respektovat. Ke svévolnému manipulování s lidskými zárodky nejsme mravně oprávněni, mohlo by se nám ale také vymstít. Bohatým nabídkám asistované reprodukce bychom měli rozumět jako možnostem pomoci k rodičovství lidem, u kterých je naděje, že budou jako rodiče dostatečně dobří, aby se jejich děti staly spokojenými a užitečnými členy lidského společenství. Neměli bychom si ale hrát na inženýry či konstruktéry nových lidských bytostí. Měli bychom být schopni s pokorou, která je té věci přiměřená, připustit, že vedle toho, co již známe, existuje spousta mechanismů, které ještě dostatečně neznáme a neumíme je proto ovládat. Jednoduše řečeno, měli bychom si být vědomi mezí svého aktuálního

rozhledu v oblasti lidské reprodukce. Pak všude tam, kde se necítíme dostatečně kompetentní, bychom měli nechat fungovat náhodu, jak tomu bylo po miliony předcházejících let. A tomu se říká respekt k přírodní loterii (natural lottery) v asistované reprodukci.

Literatura k prohloubení tématu:

Dudová, R.: Interrupce v socialistickém Československu z foucaultovské perspektivy. Gender, rovné příležitosti, výzkum, 10/2009, No. 1 s. 25 – 36. Dostupné z: http://www.genderonline.cz/uploads/a77283b65d2e3a466e00fef691c4b9182bcf7a18_interrupce-v-socialistickem-ceskoslovensku.pdf

Kohák, E.: Dvacáté století: Titanik a ledovec. V: Kohák, E.: Člověk, dobro a zlo. Ježek, Praha 1993.

Lajkep, T.: Lidské embryo - kdo, nebo co? (I) Zdravotnické noviny, 7.3.2003.

Nelson,J.L.: Making peace in gestational conflicts. Theoretical Medicine 13,1992,4, s. 319-328.

Singer, P.: Rethinking Life and Death: The Collapse of Our Traditional Ethics. St. Martin's Griffin, New York, 1996. ISBN 0-312-14401-6 (s. 220).

Strusková Olga, Novotná Jarmila: Metoda Ludmily Mojžíšové. Nakl. XYZ, Praha 2007

Trapková, L., Chvála,V.: Rodinná terapie psychosomatických poruch. Portál, 2005. 227 stran

Rozhodování v závěru života

Teprve, když porozumíme informovanému souhlasu jako středobodu současné lékařské etiky, ve kterém se propojuje vědecký svět lékaře s přirozeným, žitým a unikátním světem nemocného, můžeme postoupit dále k porozumění dilematům a aporiím, kterým čelíme v péči o pacienty v závěru jejich života.

Lékař není a nemůže být tím jediným, kdo rozhoduje o tom, co bude provedeno. Jeho porozumění světu postavené na obecných zákonitostech, které odhaluje současná věda, je jen částečně v souladu se světem, jak jej žije jeho pacient. Dokonce, jak jsme si ukázali v předchozí kapitole (informovaný souhlas), doporučení lékaře vedoucí k dlouhodobějšímu tělesnému zdraví, se až příliš často dostávají do konfliktu s představou o dobrém životě nemocného. Připomeňme si obézní pacienty, některé kuřáky a workoholiky. Dodržování dobrých lékařských doporučení a rad by u nich vedlo k životu, se kterým by nesouhlasili ani oni sami, ani lidé z jejich okolí. Všechny pokusy bagatelizovat tento základní konflikt současné zdravotní péče vedou pouze k tomu, že „neposlušnost“ nebo „špatná spolupráce“ pacienta se stávají stále zřejmější součástí vztahu lékařů a jejich nemocných. A pacienti si stále rozhodněji trvají na svém právu vést svůj život podle vlastních představ, i když jsou jejich představy v rozporu s představami představitelů lékařské obce.

Pacient je tedy v současné lékařské etice ten jediný, kdo rozhoduje o důležitých věcech ve svém životě, lékař již nemá právo rozhodnout proti vůli nemocného. Pokud je pacient při plném vědomí a ví, co od svého života očekává, toto základní východisko účinným způsobem řeší všechny mravní problémy spojené s komunikací v medicíně. První kolize přicházejí s pacientem, který o svém životě nechce přemýšlet, chce se dále přejídat, kouřit a přetěžovat a po lékaři žádá, aby s použitím pokročilé technologie i při tomto způsobu života uchoval jeho tělesné i duševní zdraví. To samozřejmě není možné a soudný člověk takovým

požadavkům za pravdu nedá. Pro lékaře je ovšem obtížné takovému pacientovi vysvětlit, že žádá nemožné. Zvlášť tehdy, když pacient jenom žádá a domluva s ním není.

V závěru života je ale pacient často ve stavu sníženého vědomí nebo v bezvědomí, svá přání vyslovit buď nemůže vůbec, nebo jen příliš nekvalifikovaným způsobem. Tím jsme si v naší kultuře vytvořili situaci, která není řešitelná v mezích pravidel, která jsme vytvořili, konsensuálně přijali a vtělili do legislativy.

Pokud jsme ve věcech života a zdraví nedali právo činit rozhodnutí nikomu jinému než pacientovi, pak z toho vyplývá, že nikdo, ani ze zdravotníků, ani z příbuzných, nemá právo učinit za pacienta jakákoliv závažná rozhodnutí v oblasti zdravotní péče. V závěru života je ale nutné různá rozhodnutí činit, protože i žádné rozhodnutí je v lékařské péči často také rozhodnutím. Jednání i nejednání má totiž své vážné důsledky. Přitom řada rozhodnutí, která v tu dobu činíme, se zásadním způsobem dotýkají nejen kvality života nemocného, ale často i jeho života samotného.

Ještě před třiceti lety nebyl tento fakt vnímán jako závažný problém, protože tehdy pacient ve vážném stavu s poruchou vědomí se buď do několika dnů až týdnů probral k vědomí, nebo zemřel. Lékař byl povinen udělat vše pro záchranu života, a tato povinnost narážela především na meze dané možnostmi medicíny. V současné době dokážeme s pomocí zdravotnické technologie pacienta v bezvědomí udržet při životě řadu týdnů i roků. Mnohý pacient v hlubokém bezvědomí vlastně již není živý, ale ještě nezemřel. Tomu se říká zastavit pacienta na hraně života a smrti. Stále častěji se ozývají hlasy, že tak to není v pořádku. „Mrtvé tělo patří zemi“, a když pacient již není živý, chtějí se s ním příbuzní rozloučit. Ale i v méně vyhrocených situacích se vynořuje se otázka, zda má smysl přežívání lidského těla ve stavu hlubokého bezvědomí, kdy není reálná naděje na zlepšení stavu. Sestry na intenzivní péči charakterizují takové stavy slovy „zde je víc trápení než života.“ Mnozí lidé, laici i zdravotníci, jednoznačně deklarují, že si nepřejí, aby v takovém přežívání byli oni sami

jednou udržováni. Jenomže podle našich pravidel hry takové závažné rozhodnutí jako je omezení léčby, nebo ukončení technologické podpory, smí učinit jenom pacient sám, a ten je v bezvědomí a nejspíše se z něj již nikdy neprobere. A udržování života nařizuje zákon.

O něco méně vyhrocený, ale podobný problém vzniká při péči o řadu dalších vážně nemocných. Změnila se organizace příjmu pacientů do nemocnice. Všichni nemocní přicházejí přes jedno příjmové oddělení, vybavené veškerou reanimační technologií. Kromě toho je dnes tato technologie dobře přístupná na všech odděleních, v běžném provozu jsou i sanitky upravené jako jednotka intenzivní péče. To umožňuje udržet při životě i ty nemocné, kteří by při jiném uspořádání zemřeli. Záchrana života je samozřejmě velkou hodnotou, na druhé straně ale přežívají i mnozí nemocní s vážným poškozením mozku či jinými vážnými poruchami zdraví s velmi nízkou kvalitou života. A mnozí tito nemocní i jejich příbuzní nejsou za takovou záchranu života vděčni. Přirozenou smrt považují za lepší řešení než nepřirozené přežívání s pomocí technologie. I zde mnozí zdraví deklarují, že si takovou péči nepřejí, a i zde je stejný problém, v rozhodující chvíli je pacient v bezvědomí, on sám léčbu odmítnout nemůže a zákon vede lékaře k akcím na záchranu života.

Zde se dostáváme k největší mravní obtíži v léčení kriticky nemocných pacientů. Až do nedávna byla role lékaře jednosměrná. Každé prodloužení lidského života bylo chvályhodné. To dnes tak úplně neplatí. V určitých situacích může být pacienty a jejich blízkými považováno prodlužování lidského života za chybu lékařů. To je postoj v medicíně nový, lékaři se s tímto novým jevem velmi obtížně smiřují. Za svůj hlavní úkol považují záchranu lidského života a je pro ně těžké přijmout fakt, že by to mohla být za určitých okolností i chyba. Kromě toho ve velké většině případů není možné s dostatečnou jistotou předem odhadnout, jak léčba dopadne a pacient není ve stavu, ve kterém by se mohl zodpovědně rozhodnout.

Pokud se pokusíme řešit tento závažný problém, rozpadá se nám do několika problémových oblastí.

První je dlouhodobé přežívání bezvědomých pacientů. Může jít o život ohrožující stav, který trvá dny až týdny, nakonec se pacient buď probere, nebo zemře. Hlavním problémem u těchto stavů je otázka, zda a do jaké míry prodlužovat utrpení člověka, o kterém již s velkou pravděpodobností víme, že jeho záchrana není možná. Nebo zda zachraňovat člověka, jehož kvalita života bude s velkou pravděpodobností velmi nízká. Co s člověkem v dlouhodobém bezvědomí, ve kterém již život bezprostředně ohrožený není. Někteří nemocní jsou závislí na přístrojích, jiní jen na ošetřovatelské péči, jejíž součástí je příjem potravy. Má takové přežívání nějaký smysl?

Druhou problémovou oblastí jsou vážně nemocní, kteří jsou částečně či plně při vědomí, kvalita jejich života je ale nízká. Sem patří např. nemocní s vážným mozkovým či neurologickým postižením (stav po mozkové cévní příhodě, kvadruplegie, těžká neurologická porucha), nemocní závislí na dýchacím přístroji, pacienti v terminálních stadiích zhoubných onemocnění. Někteří z nich prošli akutní péčí, která je navrátila do života s nízkou kvalitou, jiní se dostali do vážného stavu postupně s progresí základní choroby. Ti první zpochybňují dosud neproblematizovanou indikaci použití reanimačních technologií všude, kde je přímo ohrožený život pacienta, ti druzí otevírají otázku vhodného okamžiku přechodu z aktivní léčby na paliativní.

Všem kategoriím je společný problém vážně nemocného člověka, u kterého jsou pochybnosti o přiměřenosti aplikované léčby, on sám se ale rozhodnout nemůže. Jde o problém relativně nový a dosud nedořešený, proto si na něm můžeme ukázat i některé zákonitosti ve vývoji etického konsenzu ve společnosti.

Ještě před třiceti lety tento problém neexistoval. Pacient se buď uzdravil do uspokojivé kvality života, nebo zemřel. Výjimek z tohoto pravidla bylo málo, byly předmětem pozornosti

jako cosi neobvyklého a spíše vedly k větší úctě k lékařům než ke kladení nových otázek. Jeden z prvních, kdo upozornil, že záchrana života za každou cenu nemusí být v pořádku, byl pan Dax, zmíněný v kapitole Co je lékařská etika a jaké je její poslání. Jeho život byl zachráněn za cenu velkého utrpení a v kvalitě života, které si sám pacient nevážil, proto svou záchranu prohlásil za chybu lékařů. Tehdy vzbudil větší pozornost mezi odborníky než mezi laiky. Výše popsaný vývoj medicíny ale vedl k tomu, že podobnou zkušeností procházelo stále více lidí. Lékaři, vedeni tradičními etickými imperativy, věnovali veškeré úsilí záchraně lidských životů. Protože mezitím skončila éra lékařského paternalismu, v podstatě právem nevěnovali větší pozornost negativním sociálním důsledkům své práce. V duchu nových pravidel hry bylo na pacientech a jejich příbuzných, aby vznesli námitky. Ty se také začaly ozývat stále častěji. V USA v průběhu osmdesátých let, v Evropě zhruba o deset let později můžeme ve společnosti pozorovat obecný souhlas, že jde o nový problém, který si žádá řešení.

Jak je to v demokratické společnosti obvyklé, rozvinula se debata s nejrůznějšími argumenty na všech stranách. Nejvíce zastánců tradičního zachraňování lidských životů bez ohledu na okolnosti najdeme mezi lékaři. Konzervatismus lékařů je v této oblasti velmi srozumitelný. Všichni byli vychováváni v Hippokratické tradici, kde záchrana života je hlavním úkolem lékaře. Zákony jim až do nedávna přikazovaly bezvýhradnou záchranu lidských životů jako jednoznačnou povinnost. Připustit, že zachránit lidský život by mohla být i chyba, je za těchto okolností pro lékaře velmi obtížné.

V této debatě stojí za zmínku postoj tradičně konzervativní katolické církve. Jsou rozlišeny „řádné“ a „mimořádné“ prostředky k záchraně lidského života, není povinností lékaře použít „mimořádné“ prostředky k záchraně života pacienta. (Skoblík 2010) Není sice přesně definováno, co jsou „řádné“ a co „mimořádné“ prostředky, ale je otevřena cesta k přijetí racionálnějšího chování lékařů, a také debata o tom co je a co není povinností lékaře.

Jan Pavel II. ve své encyklice Evangelium vitae prohlásil, že je přijatelné použití analgetik k úlevě v utrpení v terminálních fázích choroby i za cenu změny vědomí a zkrácení délky života. (Tím ovšem permisivita katolické církve končí a všechny ostatní postupy jako euthanasie nebo ukončení umělé výživy jsou zde odmítány.)

Ostatní debata ve společnosti je poněkud nepřehledná, protože se mísí několik témat a není vždy zcela jasné, o co v tu chvíli jde. Otázka, jak korigovat lékaře při udržování života vážně nemocných je smíšena s problémem práva člověka na dobrovolný odchod ze světa (právo na smrt) a s otázkou, zda je někdo druhý (lékař) oprávněn či dokonce povinen pacientovi s ukončením jeho života pomoci. (Viz nedávná diskuse ve Filosofickém časopise – Vácha 2010, Hříbek 2011, Strobachová 2011, Vlasáková 2011) Nepřehlednost diskuse, ale také obava, aby lékaři v kontextu ukvapeně přijatých nových pravidel nebyli vedeni do opačného extrému, vedou k tomu, že vzdor živé diskusi změny v legislativě postupují jen velmi pomalu. Změna legislativy ale ještě neznamená, že se změní osud vážně nemocných. Při rozhodování v závěru života stojí proti přání pacienta svědomí lékaře. Díky tomuto všeobecně uznanému principu nemusí lékař vždy vyhovět přáním pacienta. A pokud nechce nic ve svých postojích měnit, pod záminkou ochrany vlastního svědomí může dál zachraňovat lidské životy a dlouhodobě zadržovat nemocné na hraně života a smrti bez ohledu na přání svých nemocných.

Proto se zdá, že v nejbližší budoucnosti bude vedle legislativy potřebná i změna v myšlení a v přístupu lékařů. A pro lékaře nebude jednoduché najít novou rovnováhu mezi dvěma ne vždy slučitelnými povinnostmi: Na jedné straně zachraňovat lidské životy, na druhé straně respektovat přání nemocných a jejich blízkých. Splnění první povinnosti je vysoce náročné především proto, že použití přístrojů a moderních léků nejen vyžaduje rozsáhlé vědomosti a zkušenosti, ale je spojeno i s mnohými, ne vždy plně předvídatelnými riziky. Vyhovět právu na sebeurčení nemocného je téměř neřešitelný úkol, protože nemocní a jejich

blízcí obvykle nejsou na situaci vážné nemoci připraveni, v emočně vypjaté situaci jen obtížně se jim daří porozumět všem významným souvislostem, a proto domluva s nimi vůbec není jednoduchá. Navíc ten rozhodující činitel, pacient, obvykle není schopen rozhodnutí učinit.

Advanced directives – dříve vyslovená přání či instrukce

Prvním významným krokem, který se podařilo zvládnout v USA v závěru dvacátého století, a který je nyní postupně realizován v Evropě, je legislativní zakotvení možnosti pacienta předem sám učinit některá rozhodnutí o zdravotní péči, použitelná v situaci pozdějšího závažného onemocnění spojeného s neschopností pacienta poskytnout informovaný souhlas. (Heřmanová a Šimek, 2009)

Dohodnout se o legislativní úpravě není v této věci jednoduché. Ve hře je lidský život. Respektování předchozího rozhodnutí nemocného vede totiž často k tomu, že pacient zemře dříve, než by zemřel s použitím dostupné technologie. S tímto faktem se musí srovnat svědomí ošetřujících lékařů a sester, ale také musíme zvážit možnost, že pacient mezitím změnil názor. Může se stát, že když nastane situace, kterou si předtím pacient nedovedl představit, přál by si prodloužit ještě trochu svůj život i za cenu použití technologie, kterou předtím odmítl. Tuto změnu rozhodnutí již ale nemůže nikomu sdělit. Proto již od počátku musí být základním kamenem legislativní úpravy právo lékaře nejednat podle litery pacientova rozhodnutí, když vidí nepřiměřenost požadavků pacienta nebo známky změny jeho názoru.

Praxe těchto úkonů se jen pomalu vyvíjí. Všichni rozhodující aktéři, lékaři i právníci, jsou si vědomi, že všechno je možné do určité míry napravit, ale smrt je již definitivní a nezměnitelná. Proto se s takovou opatrností přistupuje ke všem novinkám.

Jak obtížné je rozhodování v těchto situacích dobře ilustrují zkušenosti lékařů z doby, kdy se v americkém zdravotnictví začaly tyto problémy řešit u lůžka nemocného. Nejdříve byli lékaři (často rozhodnutím soudu) nuceni vyhovět přání ukončit život udržující léčbu těm pacientům, kteří byli při plném vědomí. První na řadě byla umělá ventilace. Stalo se, že když byl na přání nemocné vypnut dýchací přístroj, její organizmus se bránil. Lékaři proto přístroj znovu zapnuli. Pacientka ale přijala návrat k životu s dýchacím přístrojem s velkou nelibostí. Pak tedy, nyní již s dobrou jistotou o správnosti tohoto postupu, znovu vypnuli přístroj, tentokrát se současným podáním tlumivých léků. Tento příběh je hodný pozoru ze dvou důvodů: V první řadě nebylo nikdy lékařům vyčítáno opětovné zapnutí dýchacího přístroje. Pokud je jakákoliv pochybnost o trvajícím přání pacienta, je lékař oprávněn, ne-li povinen, přání nevyhovět. Při vypínání dýchacích přístrojů se ale ukázalo, že pacienti většinou vědí, co žádají. Proto se stalo obvyklou praxí, že buď je přístroj vypínán postupně, nebo je jeho vypnutí spojeno s podáním tlumících léků. Tak se vyloučí zpochybňující obranná reakce organizmu při dušení.

Vzhledem k narůstajícímu tlaku pacientů a jejich příbuzných se v USA využívá možnost aplikace předchozích instrukcí již od sedmdesátých let dvacátého století. Pro ujasnění práva pacientů rozhodovat o své budoucí léčbě a jako legislativní zakotvení tohoto práva byl v r. 1991 přijat federální zákon Patient Self – Determination Act (PSDA). Podle tohoto zákona všechny instituce, které poskytují zdravotnickou péči a jsou dotované z federálních zdrojů, musí informovat všechny pacienty o jejich právu na souhlas s léčbou nebo odmítnutí léčby. Kromě možnosti souhlasit nebo nesouhlasit s léčbou dostávají pacienti také možnost sepsat tzv. living will a určit zástupce, který bude rozhodovat o jejich zdravotní péči v případě, že pacienti sami nebudou toho schopni (durable power of attorney, health care proxy).

Již jsme se v předchozí kapitole zmínili, že „living will“ je jakési poslední pořízení (závěť), ve kterém pacient předem rozhoduje o tom, které léčebné a reanimační postupy na něm mají nebo nemají být prováděny, až bude v bezvědomí. Existující tiskopisy jsou po vyplnění a s předepsanými podpisy právně závazným dokumentem. V těchto tiskopisech pacient zaškrtává, které zdravotní výkony si v závěru jeho života přeje, aby byly na něm prováděny a které ne.

Kromě tohoto jakéhosi předem podepsaného informovaného souhlasu či nesouhlasu má pacient možnost si určit svého opatrovníka v zdravotnických záležitostech (anglicky „attorney“). Ten pak za něj řeší všechny zdravotní záležitosti v době, kdy jej lékaři již uznají za neschopného rozhodovat o sobě sám.

Obě možnosti mají své výhody a nevýhody. Living will, jako seznam výkonů, které pacient nechce, aby byly v péči o něj použity, je příliš statický a jednoznačný. Nedává prostor pro přizpůsobení v nastalé situaci. Opatrovník má sice možnost reagovat podle nastalé situace, nelze ale vyloučit, že z důvodů citové vazby nebo pro vlastní prospěch bude jeho rozhodování v nesouladu s přáními nemocného.

Přijetím federálního zákona (PSDA) však vývoj v USA neskončil. Komunikace zdravotníků s pacienty v otázce léčby v závěru života se příliš nezlepšila, předchozí instrukce (advance directives) sepisovalo pouze 20% populace. V roce 1996 založil právník Jim Towey neziskovou organizaci s názvem Aging with Dignity. V roce 1997 pak představila tato organizace nový typ advance directives, který je známý jako Five Wishes. Hlavní předností tohoto nového instrumentu je méně formální forma a použití jednoduššího, laického jazyka. Pět přání je pět témat, ke kterým se pacient v textu vyjádří.

V prvním odstavci pacient zvolí osobu, která za něj bude činit rozhodnutí, která se týkají zdravotní péče. Tato osoba by měla být plnoletá, neměla by být pracovně právním

vztahu ke zdravotnickému zařízení, které bude o pacienta pečovat, a není úplně vhodné, aby to byl někdo z nejbližších příbuzných.

Ve druhém odstavci se pacient podle připraveného seznamu vyjadřuje ke konkrétním zdravotnickým postupům. Sděluje, zda vůbec nebo jakým způsobem a kdy mají být ony postupy použity.

Poslední tři odstavce jsou méně konkrétní, pacient se vyjadřuje k obecnějším principům, sděluje, jak si přeje, aby se s ním v konečném stadiu jeho života zacházelo. Konkrétně jakou míru pohodlí si přeje mít zabezpečenou (třetí přání), jak chce, aby k němu lidé přistupovali (čtvrté přání) a co chce, aby jeho blízcí věděli (páté přání se týká spirituálních potřeb nemocného, vztahů s jeho blízkými, otázek odpuštění a urovnání vztahů)

V Evropě se institut předchozích instrukcí pacientů (advance directives) rozvíjí podstatně pomaleji než v USA. Nejdále pokročili v Anglii a ve Švýcarsku. Důvody jsou nejspíše v různém kulturním kontextu. V Evropě zřejmě více vyvažujeme právo na sebeurčení jedince nároky na zodpovědnost i ostatních aktérů a lékaři si zachovali poněkud větší důvěru. Z právního i etického hlediska je zde větší obava, že v období mezi podepsáním dokumentu a provedením či neprovedením zdravotního výkonu si pacient mohl vše rozmyslet jinak. Dokonce i v poslední chvíli by mohl nemocný změnit názor, a to by mělo být zváženo. V posledním desetiletí ale i v Evropě problémy spojené s neúměrným prodlužováním života v nízké kvalitě narůstají, i zde narůstá počet lidí, kteří žádají nějaké rozumné řešení. Proto stále více států v Evropě implementuje do své legislativy oprávnění pacienta určit dopředu, jak se s ním má v terminální fázi života zacházet.

V české legislativě byl učiněn první opatrný krok. Zákon č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách se zabývá problémem v § 36. Anglický termín „advance directives“ je ne zcela přesně přeložen jako „dříve vyslovená přání“. (Ve slovníku bývá „directive“

přeloženo jako směrnice, direktiva, pokyn.) Podle tohoto paragrafu pacient „může“ předem vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb.

Poskytovatel ale dostává řadu důvodů, proč se nemusí pacientovým přáním zabývat. Samozřejmě je musí mít k dispozici a musí nastat předvídatelná situace, k níž se dříve vyslovené přání vztahuje. Avšak respektováno bude jen takové dříve vyslovené přání, které bylo učiněno na základě písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí, a to lékařem v oboru všeobecné praktické lékařství, u něhož je pacient registrován, nebo jiným ošetřujícím lékařem v oboru zdravotní péče, s níž dříve vyslovené přání souvisí. Kromě toho dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. Platnost dříve vysloveného přání je 5 let.

Pacient může učinit dříve vyslovené přání též při přijetí do péče poskytovatelem nebo kdykoliv v průběhu hospitalizace, ale jen pro poskytování zdravotních služeb zajišťovaných tímto poskytovatelem. Záznam podepíší tři lidé: pacient, zdravotnický pracovník a svědek.

Přání pacienta není třeba respektovat, pokud lze důvodně předpokládat, že by pacient za nastalé situace (protože došlo „k vývoji v poskytování zdravotních služeb“) vyslovil souhlas s jejich poskytnutím. Nelze je respektovat, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti. Také je nelze respektovat, pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti. U nezletilých pacientů nebo u pacientů zbavených způsobilosti k právním úkonům dříve vyslovené přání nelze uplatnit vůbec.

Sepsat nějaké právně platné přání je podle tohoto paragrafu na hranicích možností pacienta. Kromě toho vlastní sepsání i aplikace přání nemocného je plně v rukou lékařů. Prostor pro vyjádření (natož pak uplatnění) přání nebo dokonce instrukcí pacienta jako svéprávného občana (tak jak je to v instrumentu „Five Wishes“) je zde v podstatě nulový.

Zákon ale musíme hodnotit jako první krok správným směrem. Lékařská i občanská společnost není u nás ještě připravena na řešení těchto problémů, čeká nás ještě mnoho diskusí a debat, než dojde v naší společnosti k dohodě, implementovatelné do legislativy. (Šimek a Šimek 2014)

Již dnes ale můžeme zvažovat, jakým způsobem je možné do péče o nemocného v závěrečné fázi jeho života vložit jeho vlastní představy a nároky, jak by bylo možné tuto péči sladit s hodnotovým světem pacienta.

V první řadě bude nutné také v České republice prosadit zásadu, již před lety přijatou v západní části Evropy, že pacient je rozhodujícím činitelem ve zdravotní péči. Lékař zajišťuje odborné posouzení (diagnosu) a kvalifikovaný návrh léčebných postupů, pacient ale rozhoduje o tom, co bude skutečně provedeno. Pak bude všem zúčastněným srozumitelnější, proč bychom se měli ptát na názor pacienta, který je v bezvědomí. Jestliže pacient, který je při plném vědomí, smí odmítnout jakýkoliv zdravotní výkon, tedy i výkon život zachraňující, jestliže je pacient oprávněn v podstatě přikázat vypnutí svého dýchacího přístroje, což ve většině případů vede k jeho smrti, pak není nemístná otázka, zda by bezvědomý pacient neodmítl některé výkony, které prodlužují jeho život, navíc ve velice nízké kvalitě. A nemělo by nám vadit, že vyhovění jeho instrukcím poněkud zkrátí jeho biologické přežití.

Ve chvíli, kdy se smíříme s faktem, že pacient může předem rozhodnout o zkrácení svého biologického přežití, otevře se nám několik skutečných problémů, kterým v tu chvíli čelíme.

Jak již bylo řečeno, ve hře je život nemocného a smrt je nevratné řešení. Pacient si v současné době smí přát smrt jako důsledek neléčení jeho choroby. Legislativa je v tomto jednoznačná, svědomí lékaře by nemělo jít proti ustanovením zákona. Proto hlavní otázkou zde je, zda úleva v utrpení a vyhovění pacientovým představám o zdravotní péči za cenu jeho poněkud kratšího biologického přežití je skutečným přáním nemocného.

První, s čím je nutné se zde vyrovnat, je otázka, do jaké míry, s jakou jistotou jsme vůbec schopni se dovědět „skutečné přání“ nemocného? I u pacienta při vědomí je možné se ptát „chce skutečně být doživotním invalidou?“ „chce skutečně zemřít?“ U žádného přání (ani u obyčejných přání týkajících se jídla, komunikace s lidmi apod.) nemáme stoprocentní jistotu, že to ten člověk tak chce. Lidská duše je složitá, má mnoho vrstev, stejnou věc si umíme současně i přát i nechtít. Musíme tedy přijmout fakt, že o „skutečných přáních“ pacienta můžeme být informováni jen s určitou pravděpodobností. Povinný podpis nemocného na informovaném souhlasu na jedné straně umožňuje pacientovi sladit nabídnutou zdravotní péči s jeho životním programem, na druhé straně ale pacient podpisem přebírá plnou zodpovědnost za svůj případný omyl. Pokud to ve své složité duši nemyslel tak, jak to podepsal, je to jeho problém a lékař si otázku „skutečnosti“ podpisem stvrzeného přání nemusí vůbec klást. Samozřejmě je mravně chvályhodné, když lékař problém vícevrstevnosti pacientových přání otevře, ale není to jeho povinností. To co platí, je podpis informovaného pacienta.

Tyto úvahy jsou důležité proto, že nad lůžkem bezvědomého nemocného nebudeme mít nikdy úplnou jistotu, že jednáme ve shodě s jeho přáními. Pokud ale budeme čekat na kýženou stoprocentní jistotu, zcela jistě budeme u mnoha nemocných postupovat ve vážném rozporu s jejich představou o závěru vlastního života. Neměli bychom proto hledat cesty k získání úplné jistoty o představách pacienta, ale se vší vážností přemýšlet, jak získat uspokojivou jistotu o tom, co by v tu chvíli pacient žádal, kdyby mohl vyslovit své rozhodnutí.

Významným nositelem informací o struktuře hodnot pacienta a o jeho představách co by si v určitých situacích přál, jsou pacientovi blízcí lidé – rodina, životní partner/ka, přátelé. Proto ti by se vždy (pokud jsou k dispozici) měli rozhodovacího procesu účastnit. Samozřejmě se jejich zájmy mohou podstatně lišit od zájmů nemocného, nebylo by proto

dobré, kdyby byli jediným zdrojem informací. Také by neměli být přímo tázáni „co máme dělat?“, ale měl by být s nimi rozveden rozhovor o pacientovi, o jeho hodnotách a o někdy dříve vyslovených přáních.

I když nad lůžkem vážně nemocného nebudeme hledat úplnou jistotu, budeme se snažit co nejvíce se přiblížit jeho přáním a představám. Fenomenologické koncepce pravdy nás učí, že pravda v plném rozsahu je nám nedostupná (zde je toho názorný příklad), můžeme se ale určitými postupy pravdě přibližovat nebo se od ní vzdalovat. Tou základní metodou, jak se přiblížit pravdě, je otevřenost k postřehům a názorům druhých. Naopak uzavřenost do vlastních koncepcí a prekoncepcí nás od pravdy obvykle vzdaluje. Proto, když si položíme obtížnou otázku „co by si pacient přál“, nemůže najít odpověď s dostatečnou jistotou nikdo sám. Jedině debata, rozhovor více lidí nad lůžkem pacienta může přinést dostatek různých pohledů (perspektiv), názorů, prekoncepcí. A teprve na základě takové debaty můžeme dospět k závěru, který bude s dostatečnou jistotou v souladu s přáními a představami nemocného.

Samozřejmě i pacient má právo rozhodnout, jak bude rozhodovací proces nad jeho lůžkem vypadat. Když vyplní tiskopis liwing will, ve kterém jasně vyznačí, které výkony si nepřeje v jím definovaných situacích provádět, měli bychom být schopni prostě bez dalších diskusí vyhovět. Stejně tak, když pacient určí někoho, kdo za něj bude dělat rozhodnutí. Když ale zanechá víceznačnější text, jako je dokument Five Wishes (pět přání, viz výše), nebo nenapíše nic, měli bychom nad jeho lůžkem rozvinout výše popsanou debatu kdykoliv zvažujeme přechod na paliativní péči nebo vysazení či nenasazení léčby, která by ještě mohla prodloužit biologické přežití, ale o jejíž účelnosti je možné vznést pochybnosti.

Angličtina má pro takové setkání pěkný výraz „conference“.

Lékař při takovém dialogickém řešení ztrácí své výsadní postavení, které jinak při rozhodování o biologických stránkách léčby zůstává nezpochybnitelné. Při rozhodování o přechodu na paliativní péči nebo o nenasazení či vysazení život udržující léčby nejsou totiž ve

hře jen biologická hlediska. Součástí otázky po zvolení dalšího postupu jsou také hodnotové soudy. Ptáme se, zda zvažovaná léčba má smysl. Proto je pojem marná či zbytečná léčba (futile treatment) tak ošidný. Z biologického hlediska je téměř vždy možné ještě leccos dělat, lecjaký biochemický parametr ovlivnit, přežití prodloužit. To, co zpochybňuje pacient, jeho příbuzní, sestra, a o čem pochybuje někdy i sám lékař, je smysl toho počínání. A smysl je hodnotový soud. Lékař je odborník na biologické mechanizmy, ne na smysl lidských činností. Proto by neměl váhat si k takovému rozhodování přizvat ještě někoho dalšího.

Klíčové postavení lékaře ovšem zpochybnit nelze. Lékař potřebuje konzultační tým, aby rozhodování o smyslu léčby co nejvíce odpovídalo potřebám a přáním nemocného. Tým by jej ale neměl přehlasovat. Ve hře je přece jen lidský život. Proto je potřeba vzdělávat budoucí i stávající lékaře i v základech etiky a komunikace. Situace nemocného v závěru života vyžaduje, aby lékař dokázal rozlišit biologické zákonitosti od hodnotových soudů a byl schopen vědomě zakomponovat do závěrečného rozhodování i hodnotové soudy. Měl by si být vědom, že v hodnotových soudech není jediným expertem u lůžka nemocného a proto by měl být otevřený i jiným pohledům, které do debaty vnášejí ostatní účastníci diskuse.

Rozhodování v závěru života někdy zbytečně komplikuje špatné porozumění vztahu nasazení, nenasazení a vysazení léčby. Na první pohled je vysazení již zavedené léčby spojené více s negativními emocemi než její nenasazení. Vysazení léčby (např. vypnutí dýchacího přístroje) může být vnímáno jako aktivnější, tedy mravně závažnější zásah než nenasazení. Při podrobnějším rozebrání se ale ukazuje toto rozlišování jako neopodstatněné. Když pacient nějakou léčbu odmítne, nebo když konzultační tým dojde k závěru, že již léčba nemá smysl, má lékař postupovat v rozporu s přáním nemocného, nebo v rozporu se zdravým úsudkem jenom proto, že léčba byla již nasazena? Z tohoto pohledu je důležitý závěr, že léčba nemá být aplikována. Podstatně méně důležité je, zda již léčba běží. Mnohou léčbu nasazujeme v situaci nejistoty o dalším osudu nemocného, nevíme, zda léčba zabere, nevíme,

jaké nové komplikace přijdou. Kdyby lékař nemohl již nasazenou léčbu vysadit, bylo by lepší v situaci nejistoty léčbu raději nenasazovat. Pak by ale někteří nemocní nedostali léčbu, která by je vzdor původním očekáváním zachránila. Proto je mravně adekvátnější nerozlišovat mezi vysazením a nenasazením léčby. (viz též GMC 2010) Ostatně již před lety se v našem výzkumu čeští anesteziologové vyjádřili k tomuto problému shodně s touto tezí. (Šimek a Schimek 1999; Schimek et al. 2000)

Na závěr se podívejme na problém rozhodování v závěru života z filosofického hlediska. Pokud pacient vyplní tiskopis Living Will, Five Wishes, nebo napíše jakýkoliv jiný text vyjadřující jeho představy o závěru života, můžeme tomu rozumět jako zvláštnímu druhu informovaného souhlasu. Takový souhlas je odlišný tím, že je napsán dříve, než došlo k situaci, které se týká. A v tom je právě ten hlavní problém. Již jsme se zmínili, že pacient mohl mezitím změnit názor. Závažnější ale je, že informovaný souhlas musí být „informovaný“, pacient musí rozumět situaci, ve které se nachází. Těžko může plně rozumět své situaci ve chvíli, kdy ta situace zdaleka ještě nenastala. Ať již tedy pacient napíše cokoliv, nemůžeme jej přijmout jak byl napsán, je nutné řešit dvě otázky. Je text, který pacient zanechal, aplikovatelný v této konkrétní situaci? A pokud ano, jak je možné jej aplikovat? K tomuto účelu musíme text, který pacient zanechal, vyložit.

Výkladem textu se zabývá filosofická hermeneutika. Ta nás poučuje, že text má zjevný obsah, ale i skryté poselství. Text má své části, které dávají dohromady celkový smysl textu. Čtenář přistupuje k textu s vlastním předporozuměním. Toho není možné, ale ani vhodné se zbavit, s předporozuměním je nutné vážně počítat. Ve skutečnosti předporozumění umožňuje textu vůbec nějak rozumět. Je ale potřeba brát text vážně, nechat se textem oslovit. Pak můžeme postupovat v hermeneutickém kruhu od lepšího porozumění částem k lepšímu porozumění jeho celku, na základě lepšího chápání celku pak lépe porozumíme částem, a tak stále dokola, dokud nedojdeme k závěru, že nyní již textu rozumíme dostatečně. Text nikdy

nevyložíme úplně, s konečnou platností. Ale provizorní závěry dělat můžeme. A když se při výkladu textu sejde více lidí, uplatní se více perspektiv a více předporozumění, výklad bude správnější.

Text vykládáme obvykle proto, abychom své závěry mohli někde aplikovat. Výklad biblického textu aplikujeme v morální teologii, výklad učebnice při zkoušce. Výklad textu, který po sobě zanechal pacient, aplikujeme při rozhodování o dalším postupu. A jak je to při výkladu textů obvyklé, některému textu porozumíme snadno a snadno jej budeme aplikovat v péči o nemocného, jiný text se nám bude vzpírat, ale nakonec se nám podaří jej nějak aplikovat, u některého textu rezignujeme, protože není v nastalé situaci aplikovatelný, nebo obsahuje příliš málo potřebných informací. (Viz též Heřmanová 2013)

Literatura k prohloubení tématu:

General Medical Council: Treatments and Care Towards the End of Life: Good practice in decision making. GMC 2010. Dostupné z: http://www.gmc-uk.org/guidance/ethical_guidance/end_of_life_care.asp

Heřmanová J., Šimek J.: Dříve vyslovená přání aneb o lidské svobodě a důstojnosti. Prakt. Lék. 2009, 89, No. 9, pp. 480-482

Heřmanová, J.: Filosofické aspekty rozhodování o zdravotní péči v závěru života. Disertační práce, UK v Praze, 1. Lékařská fakulta, Praha 2013

Pence, G.E.: Classic Cases in Medical Ethics. Accounts of the Cases and Issues that Define Medical Ethics. 5th Ed., Mc Graw Hill 2008, s. 9

Šimek, J., Schimek, F.: Čeští anesteziologové, nenasazení a vysazení léčby. Vita nostra revue, 1999, 8/3, s. 61-63.

Šimek, J., Šimek, J.jr.: Lékaři a zákony. Prakt. Lék. 2014, 94, No. 6, pp. 275–278

Filosofický časopis:
Strobachová, I.: Konečně o eutanazii na půdě filosofie. Filosofický časopis, 2011, No. 3 s.
Vlasáková, M.: Za etiku korektní. Filosofický časopis, 2011, No. 3 s.
Hříbek, T.: Za etiku bez teologie. K článku Marka Váchy o eutanazii. Filosofický časopis, 2010, No. 5 s.
Vácha, M.: Je vůbec ještě možná etika v „postetickém“ světě? Filosofický časopis, 2010, No. 2. s.

Euthanasie, dysthanasie a paliativní péče

Euthanasie je téma, na kterém je možné dobře ukázat, proč je důležité před jakoukoliv debatou nejdříve vyjasnit pojmy, aby bylo zřejmé, o čem je řeč. Problém euthanasie je ve světě a trochu i u nás živě diskutován, jsou uváděny nejrůznější argumenty pro a proti, přitom nejde o problém až tak složitý. Když si ujasníme, o čem vlastně debatujeme, sice nedosáhneme celospolečenského konsensu, jako se to podařilo v oblasti práv pacientů, budeme ale rozumět podstatě sporu i tomu, proč dohoda není možná.

Mnoho textů o euthanasii, například text na Wikipedii, začíná překladem řeckého slova euthanasie. Eu je dobré, thanatos smrt. Euthanasie je tedy „dobrá smrt“. Přes tento úvod se ale nikam nedostaneme. Pro dnešního člověka buď smrt neexistuje (podle M. Heideggera v upadlém modu bytí „smrt se netýká mne, ale těch ostatních“), nebo je to něco špatného, o čem raději nechceme nic vědět. Když už člověk musí zemřít, mělo by se to stát tak, aby o tom nevěděl – ve spánku v bezvědomí, apod. Pojem „dobrá smrt“ dnes nemá žádný skutečný obsah.

Euthanasie je tedy pojem, který se odtrhl od svého řeckého základu, a můžeme se přímo ptát, co to slovo znamená pro dnešního člověka. Světová lékařská asociace (WMA) definuje euthanasii takto: *…eutanazie je vědomý a záměrný čin s jasným cílem ukončit život člověka a obsahuje tyto elementy: subjekt je kompetentní informovaná osoba s nevyléčitelnou nemocí, která dobrovolně požádala o ukončení života; vykonávající osoba ví o stavu pacienta a jeho přání zemřít, a provede čin s primárním záměrem ukončení života dané osoby; čin je proveden ze soucitu a bez osobního zisku.* (Williams 2009)

Definice pracovní skupiny pro etické záležitosti (Ethics Task Force) Evropské asociace paliativní péče (EAPC) z roku 2002 zní: *…Eutanazie je usmrcení na požádání a definuje se jako…záměrné usmrcení pacienta lékařem, který podá léky, na základě dobrovolné a kompetentní žádosti.* (Materstvedt et al 2003)

Euthanasii v medicíně tedy rozumíme jako ukončení života pacienta lékařem na pacientovu jednoznačnou (nejlépe opakovanou) žádost. Pacient musí trpět nevyléčitelnou chorobou, která mu přináší nesnesitelné utrpení.

Pokud si euthanasii definujeme takto, pak se ukáží některá další rozlišování jako zbytečně zavádějící. Někdy se uvádí euthanasie nevyžádaná, nedobrovolná. Když definujeme euthanasii jako čin provedený na základě jednoznačné žádosti pacienta, pak euthanasie nevyžádaná nebo dokonce nedobrovolná je prostě vražda, v lepším případě zabití, a není nutné tento čin subsumovat pod pojem euthanasie. V tomto se změnila doba, dnes nepovažujeme za přijatelné nic, co udělá lékař bez vůle nebo dokonce proti vůli nemocného. Ovšem kromě záchrany života.

Pro nás je ještě důležité, i když dnes již také opuštěné, rozlišení euthanasie pasivní a aktivní. Aktivní euthanasie znamená, že lékař ukončí život nemocného sám, obvykle s pomocí nějakého farmaka. Pasivní euthanasií je míněno upuštění od léčebné akce, tedy nezahájení nebo ukončení nějaké život zachraňující léčby. Podle H. Haškovcové (2002) „naplněná stříkačka“ a „odkloněná stříkačka“. Z mravního hlediska je zde zásadní rozdíl v tom, že při aktivní euthanasii je tím, kdo ukončí život nemocného (zabije jej) lékař. Při pasivní euthanasii ukončí život nemocného choroba. Je sice pravda, že v obou případech je výsledkem pacientova smrt, z mravního hlediska nám ale nemůže být jedno, zda pacient zemřel přirozenou smrtí, nebo byl aktivně zabit lékařem.

Pojem pasivní euthanasie se opouští proto, že jedním termínem se označují dva z mravního hlediska zcela jiné úkony. Pokud lékař vypne kardiostimulátor (udavač kroku srdce) a pacient zemře na poruchu rytmu, nebo pokud lékař neprovede resuscitaci u pacienta, která by mu umožnila ještě několik let žít plnohodnotným životem, jde skutečně o čin srovnatelný s aktivním zabitím, s vraždou. Když lékař nechá pacienta v terminálním stavu zemřít a neprodlouží jeho trápení o pár hodin či dní, je to spíše akt milosrdenství. Obojí ale

můžeme klasifikovat jako pasivní euthanasii. Proto ten první čin raději kvalifikujeme jako „neposkytnutí povinné péče“ a ten druhý jako „ponechání zemřít“. Panuje shoda, že když lékař nezachrání nemocného, kterého zachránit mohl (neposkytne povinnou péči), dopustil se trestného činu. O tom, za jakých okolností může lékař nechat pacienta zemřít v terminálním stadiu jeho choroby, shody ve společnosti ještě nebylo dosaženo, ale je to předmětem debaty. Pokud bychom dále označovali neposkytnutí povinné péče a ponechání pacienta zemřít jedním termínem (pasivní euthanasie), debata by nemohla dojít zdárného konce. Pak bychom se nemohli dočkat ani legislativního řešení, které by umožnilo lékaři nechat za určitých okolností nemocného zemřít, aniž by mu hrozilo obvinění z neposkytnutí povinné péče.

Ve chvíli, kdy si řádně vymezíme pojmy, které v této oblasti užíváme, rozpadne se nám problém euthanasie do dvou odlišných okruhů, každý s jiným typem problémů. Prvním problémovým okruhem je otázka, za jakých okolností je možné nechat umírajícího člověka zemřít bez využití všech možností zdravotnické technologie. Druhým problémem je otázka, zda je přípustné dovolit, aby lékař vlastní rukou ukončil život pacienta, který to sám žádá. Řešení prvního problému je komplikovanější, ale je zde určitá naděje na uspokojivou shodu ve společnosti, druhý problém je průhlednější, ale s velkou pravděpodobností zde ke shodě nedojde.

Ponechání nemocného zemřít

Nejdříve si položme otázku, zda či za jakých okolností je možné nechat zemřít pacienta, aniž bychom použili veškerou dostupnou technologii, která by vedla k prodloužení jeho života. Mezi lidmi i v odborné literatuře panuje shoda, že by mohlo být přípustné nechat zemřít pouze takového nemocného, který již nemá naději na návrat do života s přijatelnou kvalitou, a který stejně nemá naději na delší přežití než několik týdnů až měsíců. Pro tyto

stavy jsme užívali slovo, které v posledních letech z našeho slovníku tak trochu vymizelo. Tím slovem je umírání. Bylo by přijatelné nechat zemřít člověka, který již stejně umírá.

Abychom mohli nechat zemřít pacienta, který umírá, potřebovali bychom novým způsobem vymezit co je umírání. Dokud nebyla medicína schopna příliš ovlivnit průběh chorob, bylo celkem snadné rozumět pojmu umírání. Umírající člověk byl ten, kterému již „nebylo pomoci“, jehož organizmus „pracoval k smrti“. Pacient mohl umírat několik dnů, týdnů i měsíců. To podstatné bylo, že proces již nebyl vratný. Příbuzným nemocného nezbývalo než pacienta s pomocí lékaře provázet a víceméně trpně čekat až umírající zemře. V současné době většinu nemocí lékař umí nějak léčit. Nemoc je patologický děj, který lékař napravuje. Je pravda, že některé nemoci mají „infaustní prognosu“. To znamená, že ať už lékař udělá cokoliv, pacient stejně v dohledné době na rozpoznanou nemoc zemře. Protože ale nemoc je patologický děj, lékař má celou tu dobu možnost nějak patologický děj ovlivňovat. Tedy má možnost pacienta léčit. Může léčit aktivně, to znamená útočit na podstatu nemoci s nadějí, že nad nemocí přece jen zvítězí a pacient se uzdraví. Nebo může léčit paliativně, to znamená ulevovat od bolestí a od jiných nepříjemností s nemocí spojených. Celou tu dobu zůstává lékař aktivní. Umírání je ale v tradičním pojetí proces pasivní, je to čekání na smrt. Zde někde je důvod, proč slovo umírání mizí z našeho slovníku.

Kdyby se nám podařilo dosáhnout shody o tom, co je dnes umírání, debatu o ponechání pacienta zemřít by to usnadnilo. Umírajícího nemocného bychom přece jen snáze nechali zemřít. Umírání ale budeme muset definovat jinak než jako stav, kdy „není pomoci“. Lékař může vždycky něco udělat, tedy nějak „pomoci“. Možná bychom mohli více zdůrazňovat tu nezvratnou stránku procesu. Umírání bychom pak mohli definovat jako situaci, která povede v dohledné době k smrti nemocného, ať už udělá lékař cokoliv. Avšak ne každý pacient s infaustní prognosou již umírá ve chvíli postavení diagnosy. Mnohého z nich čeká ještě pár měsíců i let uspokojivého života. Proto bude nutné se v definici umírání ještě

shodnout, jak dlouho může pacient umírat, ale i v tom, jaká kvalita života přísluší umírání. Pak umírání by byl nevratný proces směřující k smrti v čase několika dnů až týdnů a s nízkou kvalitou života.

Představitelé České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP a České společnosti intenzivní medicíny ČLS JEP vypracovali Konsensuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním. To bylo po malé korekci přijato jako Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli. V tomto doporučení sice není použit termín umírání, ale je zde definována „marná“ či neúčelná léčba:

„Jakýkoliv léčebný postup, kde není odůvodněný předpoklad, že bude mít příznivý účinek na zdravotní stav pacienta nebo povede k záchraně života a kde rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je nutno považovat za léčbu, která není „ku prospěchu a v nejlepším zájmu pacienta“ a lze ji označit za tzv. marnou a neúčelnou léčbu. Dosažení dočasné korekce hodnoty některé z fyziologických funkcí či jejich dílčích parametrů bez ovlivnění celkového průběhu onemocnění a možnosti záchrany života nemůže být při zvažování poměru přínosu a rizika považováno za příznivý účinek zvoleného léčebného postupu.“

Můžeme zkusit tuto definici parafrázovat na umírání. Umírání by pak byl progresivně se zhoršující stav nemocného, ve kterém není k dispozici léčebný postup, u kterého by byl odůvodněný předpoklad, že bude mít příznivý účinek na zdravotní stav pacienta nebo povede k záchraně života. U umírajícího pacienta pak nebudeme užívat postupy, „u kterých rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání převažují nad reálným klinickým přínosem“.

Dříve než tuto či podobnou definici budeme moci napsat do učebnice jako platnou, bude potřeba ještě mnoho debat mezi lékaři, odborníky na etiku, právníky a laickou

veřejností. Také soudci, jediní skutečně oprávnění vykládat zákony, by se měli (prostřednictvím rozsudků) v debatě dostat ke slovu.

U pacienta, který již umírá, jsme často na rozpacích, jak jej léčit. Aktivní léčba, která útočí na patofyziologickou podstatu choroby a jejímž cílem je uzdravení nemocného, ztrácí svůj smysl. Taková léčba bývá spojena s nepříjemnými vedlejšími příznaky, mnohé procedury může pacient vnímat jako pro něj nepříliš důstojné. Pokud není vyhlídka na uzdravení, přináší léčba stále více negativního než pozitivního. S časem klesá naděje na vyléčení nebo aspoň na prodloužení života, zato trápení spojená s léčbou jsou stále nepříjemnější. Stavy, ve kterých je utrpení nemocného spojené s léčbou veliké a naděje na vyléčení mizivá, nazýváme dysthanasií. Protože pacient je v tu chvíli často ve stavu snížené kompetence, je léčba do značné míry v rukou lékaře. Proto dysthanasii často rozumíme jako selhání lékaře. Role lékaře je ale v té situaci příliš složitá, abychom v něm mohli vidět jediného viníka.

Dnes již není pochyb, že u umírajícího nemocného nemůžeme prostě „ukončit léčbu“. Pouze měníme strategii léčby, přecházíme z aktivní léčby na úlevnou, paliativní. Posláním paliativní léčby již není pacientovi prodloužit život, ale ulevit v trápení. A v této proměně cílů léčby se skrývá velká obtíž. Aktivní léčba přináší mimo vše ostatní také naději. Naději na uzdravení a také naději, že se lékař bude nemocným zabývat, i když účinek léčby není velký. Pro pacienta, který se obtížně vyrovnává s faktem, že jeho život je u konce, může být naděje spojená s aktivní léčbou významnou pomocí. Nemocný se svou konečností lépe vyrovnaný naopak bude upřednostňovat klidnější závěr života bez nepříjemných léčebných intervencí. Ani zde se nevyhneme všudypřítomnému problému v terminální péči. Lékař obvykle nemůže rozhodnutí o změně strategie udělat sám. Lékař je schopen se slušnou jistotou odhadnout naději na vyléčení či prodloužení života nemocného. Ta vlastně nikdy není zcela nulová, zvlášť když připustíme možnost „zázraku“, tedy úzdravy pacienta vzdor všem očekáváním.

Přechod na paliativní léčbu je nutné domluvit s pacientem a s jeho blízkými. Dysthanasie je proto vždy selháním komunikace. Někdy je na vině lékař, často je ale problém v pacientovi, který se nedokáže vyrovnat se svou situací a buď přímo upřednostňuje aktivní léčbu, nebo s ním o změně strategie není řeč. Když má pacient zastřené vědomí nebo je v bezvědomí, stojíme před problémem dříve vyslovených přání, která jsme řešili v předchozí kapitole.

Pro umírající pacienty připravila naše civilizace útočiště, kde mohou v klidu, doprovázeni citlivými pečujícími a svými blízkými strávit poslední čas svého života. Tímto útočištěm míním hospice, hospicové hnutí. Jde o lidsky vysoce kvalitní nabídku. Dnešní doba je naplněná spěchem a intenzivním pracovním úsilím, což mnoha lidem znemožňuje zpomalit, natož pak se zastavit, strávit podstatnou část svého času péčí o blízkého člověka a lidsky hodnotně se s ním rozloučit. Hospicové hnutí nabízí technickou pomoc a zázemí, které umožňuje nechat proběhnout přirozené, hluboce lidské procesy loučení. Z mravního hlediska budeme obtížně hledat záslužnější povolání.

Všimněme si, že diagnosu umírání (tedy konstatování, že pacient umírá a je proto vhodný pro hospicovou péči) ani zde nečiní sám lékař. Jeho posouzení stavu nemocného jako stavu „s infaustní prognosou“ je samozřejmě základem. K tomu ale musí přistoupit ochota nemocného svůj stav takto přijmout. Dokonce i lidé blízcí nemocnému musí situaci také přijmout a více či méně aktivně se procesu loučení účastnit. Tedy nejen lékař, ale i ostatní zúčastnění musí posoudit stav jako „umírání“. Jak jsme se již zmínili, ve hře jsou hodnotové soudy – pokračování v aktivní léčbě buď má nebo nemá smysl. A smysl léčby bude každý z aktérů (lékař, sestra, nemocný, jeho blízcí) vidět jinak. Teprve na základě rozhovoru, debaty všech zúčastněných je možné stanovit diagnosu „umírání“. Takto vytvořená diagnosa je sice použitelná pro využití služeb hospice, pro rozhodování o léčbě v závěru života na jiných odděleních bude potřeba postavit diagnosu umírání poněkud jinak. Rozhovor všech zúčastněných ale bude i zde základem.

Z perspektivy lékařské etiky je pozoruhodné, jak pomalu se hospicové hnutí rozvíjí, tlak na budování nových zařízení není v naší společnosti velký. Samozřejmě se zde uplatňuje již zmíněné popírání smrti. Pokud lidé ve svém životním rozvrhu nemají smrt, nemohou tam mít ani umírání. V našich dějinách máme dva krále, otce a syna, závěr jejich života byl podstatně odlišný. Jan Lucemburský zemřel v bitvě. Starý, již slepý král se vrhnul do ztracené bitvy a byl tam v čestném boji zabit. Jeho syn Karel IV. umíral obklopen rodinnými příslušníky za přítomnosti pražského arcibiskupa. Jan Lucemburský byl diplomat, který celý život cestoval po Evropě, a jeho posláním bylo zprostředkovávání dohod mezi evropskými panovníky. Zřejmě právě díky tomu prosadil svého syna na císařský trůn. Karel IV. se staral o své české království i o pořádek v Římské říši. Závěr jejich životů je v souladu s tím, jak žili. Dnešní pacient s infaustní prognosou má před sebou podobnou volbu. Může vyvíjet tlak na lékaře, aby aplikovali další a další aktivní léčebné postupy a může zemřít v bezvědomí na oddělení intenzivní medicíny, v boji se svou nemocí. Může ale také přijmout fakt, že umírá, uchýlit se do ústraní a v klidu se rozloučit se světem i se svými blízkými. Podobně jako u zmíněných českých králů, bude jeho volba souviset s životem, jak jej žil. Protože je doba uspěchaná a se vztahy máme problém, nemělo by nás překvapovat, že více lidí tíhne k závěru života v boji než doma v klidu na lůžku.

Hospicová péče samozřejmě není jedinou možností jak zemřít v ústraní doprovázeni svými blízkými. Odedávna umírali lidé doma, a i dnes je možné závěr života inscenovat tímto způsobem. Je to náročnější na ty pečující, ale i v této věci můžeme očekávat pomoc institucí. Klíčový je praktický lékař, ale dnes již existuje i domácí hospicová péče, lidé zkušení v péči o umírající přicházejí za nemocným domů.

Problém ethanasie

Debata o přípustnosti euthanasie, tak jak jsme jí v úvodu definovali, v mnohém směru připomíná debatu o interrupcích. Existují dva opačné názory, jeden považuje euthanasii za přípustnou, druhý za vraždu.

Hlavním argumentem proti povolení euthanasie je nenahraditelnost, posvátnost lidského života a definitivnost smrti. Člověk se o to, že žije, primárně nezasloužil. Dostal svůj život darem. Od Stvořitele, rodičů, lidské společnosti. Nemůže jen tak tento dar odvrhnout. A už vůbec nemůže někdo druhý v odmítnutí daru života pomáhat. (Munzarová 2005)

Smrt se netýká jen člověka umírajícího, ale i jeho blízkých, v určitém smyslu i celé lidské společnosti. Není proto soukromou záležitostí pacienta rozhodnout o ukončení vlastního života.

Utrpení má v lidském životě zásadní význam. Kdyby nebyli mezi námi trpící lidé a kdyby zde nebyla potřeba trpícím pomáhat, lidská společnost by přestala být lidskou ve vlastním smyslu toho slova. Utrpení patří mezi tzv. mezní zkušenosti, které zásadním způsobem přispívají k mravnímu rozvoji jak jedince, tak i lidského společenství.

Závěrečná fáze lidského života, umírání, má svou obrovskou hodnotu v možnosti urovnat vztahy nemocného se svými blízkými a v možnosti se vskutku lidským způsobem s lidmi i světem rozloučit. Z tohoto procesu loučení vyrůstá existenciální moudrost člověka, jak v individuální zkušenosti, tak i ve filosofickém zpracování.

Lékařské společnosti, jak národní společnosti, tak i Světová asociace lékařů (WMA) patří mezi tradiční odpůrce euthanasie. Hlavním argumentem zde je role lékaře. Lékař má chránit zdraví a životy svých pacientů, provozování euthanasie je v rozporu s tímto základním lékařským posláním.

Hlavním argumentem pro přípustnost euthanasie je právo na sebeurčení člověka. Sebevražda přestala být trestným činem. Pacientovi bylo přiznáno právo odmítnout zdravotní výkon, i když důsledkem jeho odmítnutím je smrt. Jestliže má člověk právo ukončit svůj život podle vlastního uvážení, proč by mu v tom nemohl pomoci lékař v situaci nouze?

Ve filosofii je možné najít argumenty pro obhajobu euthanasie ve stoické filosofii. Stoická filosofie prošla poměrně složitým vývojem, od počátku je v různých verzích řešen úkol člověka naplňovat svůj život smyslem, a právo člověka ukončit svůj život, když již jej nemůže naplňovat smyslem dle vlastní volby. V první generaci stoických filosofů je kladena otázka, zda člověk, který není dostatečně moudrý, dokáže sám zvolit správný okamžik ke svému odchodu ze života. Na druhé straně dva římští představitelé stoických postojů, Lucius Annaeus Seneca a Gaius Petronius Arbiter, se souhlasem svého okolí sami ukončili svůj život, když se dostali do nemilosti císaře Nerona. (Rist 1998)

Obhájci euthanasie nesouhlasí se zásadní formativní rolí lidského utrpení právě v závěru života. V utrpení umírajícího člověka nevidí v principu žádný smysl. V holandské legislativě hlavním důvodem k žádosti pacienta o euthanasii je neztišitelné utrpení. Tím nepřijatelným utrpením je ale často pouhé čekání na smrt. Mnohý dnešní člověk raději dříve umře, než by procházel obtížným obdobím loučení se s životem a s blízkými lidmi.

Právě obava z utrpení, které trpícímu v závěru jeho života nedává smysl, je nejvážnějším argumentem pro povolení euthanasie. Současný konzumní člověk, který řadu let užívá nejrůznější plody své civilizace – turistický průmysl, zábavní průmysl, nástroje komunikace, psychoaktivní látky – může v závěru svého života být „syt svých dnů“ a dát přednost rychlému odchodu před trápením, které není odvratitelné a skončí až smrtí.

Jak již bylo zmíněno, současná debata spíše polarizuje diskutující na odborné i laické úrovni, shoda je v nedohlednu. Problém je v tom, že argumentace vyrůstají z odlišných

životních postojů, proto argumenty jedné strany nepřesvědčují tu druhou. Jako odpůrce euthanasie vysoce cením dar života. Když ale vidím pacienta, který zde již nechce být a našel si lékaře, který je ochotný jeho život ukončit, nevidím dost silné argumenty, které by ti dva museli přijmout. Zákony většiny států sice euthanasii nepovolují, ale procento jejích obhájců spíše s časem narůstá. Je proto dost pravděpodobné, že debata o euthanasii jednou dopadne stejně jako spory o potraty. Kdo si bude přát zemřít dříve a najde si lékaře ochotného mu pomoci, bude mu to dovoleno, kdo s tím nebude chtít nic mít, nebude nucen.

S takovou legislativní úpravou bychom ale neměli spěchat. Je zde riziko zneužití. Ale ne v tom, že někdo někoho přesvědčí, aby se nechal zabít, dnes uznáváme právo člověka dělat i hlouposti. Daleko závažnější je riziko kontextuálního zneužití. Všichni víme, že není dostatek peněz na zajištění všech potřebných zdravotních služeb. Představme si, že budou uveřejněny statistiky, kolik peněz se „vyplýtvá“ na umírající pacienty a současně bude přijat zákon povolující euthanasii. Někteří pacienti by pak žádali o ukončení svého života, aby se v systému ušetřilo. Když by pak média projevila plné porozumění pro taková rozhodnutí, počet žádostí o euthanasii z důvodů šetření by narůstal. Bylo by velmi nemravné zabíjet pacienty, aby se ušetřilo.

Druhé riziko vyrůstá ze zkušeností lidí s umíráním. Stále ještě slýcháme příliš mnoho pacientů, kteří říkají: „než umírat tímto nedůstojným způsobem, to chci raději hned zemřít.“ Kdybychom dnes povolili euthanasii, mnozí pacienti by volili raději smrt než způsob umírání, který nabízíme a který je pro mnohé z nich nepřijatelný. Místo toho, abychom propracovávali důstojnost umírání pacientů, zabíjeli bychom je. A to by bylo ještě nemravnější.

Proto bych bojovníkům za uzákonění euthanasie radil, aby nejdříve bojovali za ekonomickou stabilitu našeho zdravotnického systému a aby prosazovali dostatečně důstojné přirozené umírání. Pokud by se toto podařilo, legalizace euthanasie by byla podstatně snazší.

Literatura k prohloubení tématu:

Materstvedt, L.J., et al.: Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ehics Task Force, Palliative Medicine, 17(2), 2003, 97-101., s. 98.

MUNZAROVÁ, M. Eutanazie, nebo paliativní péče?. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005.

Rist, J. M.: Stoická filosofie. Oikoymenh, Praha 1998