

ETICKÉ PROBLÉMY V ONKOLOGII

Kniha byla vydána za laskavé podpory společností:



MUDr. Mgr. Marie Opatrná, Ph.D.

ETICKÉ PROBLÉMY V ONKOLOGII

3. VYDÁNÍ

DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ

Autorka i nakladatel vynaložili velkou péči a úsilí, aby všechny informace v knize obsažené týkající se dávkování léků a forem jejich aplikace odpovídaly stavu vědy v okamžiku vydání. Nakladatel však za údaje o použití léků, zejména o jejich indikacích, kontraindikacích, dávkování a aplikačních formách, nenese žádnou odpovědnost, a vylučuje proto jakékoli přímé či nepřímé nároky na úhradu eventuálních škod, které by v souvislosti s aplikací uvedených léků vznikly. Každý uživatel je povinen důsledně se řídit informacemi výrobců léčiv, zejména informací přiloženou ke každému balení léku, který chce aplikovat.

Ochranné obchodní známky (chráněné názvy) léků ani dalších výrobků nejsou v knize zvlášť zdůrazňovány. Z absence označení ochranné známky proto nelze vyvozovat, že v konkrétním případě jde o název nechráněný.

Toto dílo, včetně všech svých částí, je zákonem chráněno. Každé jeho užití mimo úzké hranice zákona je nepřipustné a je trestné. To se týká zejména reprodukování či rozšiřování jakýmkoli způsobem (včetně mechanického, fotografického či elektronického), ale také ukládání v elektronické formě pro účely rešeršní i jiné. K jakémukoli využití díla je proto nutný písemný souhlas nakladatele, který také stanoví přesné podmínky využití díla. Písemný souhlas je nutný i pro případy, ve kterých může být udělen bezplatně.

Edice MEDICA

Šéfredaktorka: Mgr. Šárka Mašková

© Marie Opatrná, 2022

© Maxdorf, 2022

Illustrations © Maxdorf, 2022

Cover layout © Maxdorf, 2022

Cover photo © iStockphoto / Shutterstock2U

Vydal Maxdorf s. r. o., nakladatelství odborné literatury, Na Šejdru 247/6a, 142 00 Praha 4
e-mail: info@maxdorf.cz, internet: www.maxdorf.cz

Jessenius® je chráněná značka [No. 267113] označující publikace určené odborné zdravotnické veřejnosti.

Odpovědný redaktor: PharmDr. Aleš Dvořák, MBA

Sazba: Denisa Honzalová

Tisk: Books Print s.r.o.

Printed in the Czech Republic

ISBN 978-80-7345-726-6

AUTORKA

■ MUDr. Mgr. Marie Opatrná, Ph.D., Onkologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

RECENZENT 1. A 2. VYDÁNÍ

■ Doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.

OBSAH

1	Slovo úvodem	8
2	Zhoubné nádory a lékařská etika	9
3	Kurativní, paliativní a symptomatická léčba a péče	11
4	Filozofie a lékařská etika	15
5	Kodexy a etická doporučení	20
6	Etika ctností v péči o onkologicky nemocné	28
7	Práva pacientů	34
8	Právo na úlevu od bolesti	41
9	Refrakterní symptomy na konci života a paliativní sedace	46
10	Etické problémy umírání a smrti	52
11	Eutanazie	56
12	Komunikace a vztah lékař–pacient v onkologii	66
13	Sdělování nepříznivých informací	72
14	Pravda a naděje	75
15	Klinická pastorační péče jako součást celkové péče o pacienta	79
16	Alternativní medicína, léčitelství a „terapie“	90
	Přehled použitých zkratk	102
	Slovo o autorce	103
	Souhrn	104
	Summary	104

2 ZHOUBNÉ NÁDORY A LÉKAŘSKÁ ETIKA

Ústředním předmětem i cílem lékařské etiky od Hippokratových dob až dodnes je beneficence a nonmaleficence, a dále pak mlčenlivost o skutečnostech, s nimiž se lékař setká v souvislosti s výkonem svého povolání. Od druhé poloviny 20. století doplňují neměnné hippokratovské zásady ještě lidská práva, respekt k autonomii pacienta i lékaře a princip spravedlnosti. Uvedený výčet je nutné doplnit o etiku kazuistik, etiku odpovědnosti, etiku ctností a etiku péče.

Lékařská etika je nejstarší profesní etikou, historicky dobře doloženou Hippokratovou přísahou a dalšími kodexy, ale jako samostatný obor se začala rozvíjet až po 2. světové válce. Je proto oborem relativně mladým, kterému se, zvláště v posledních desetiletích, dostává stále větší pozornosti. Zjednodušeně řečeno, etika je studium morálky či mravnosti (hodnotového rozměru lidského rozhodování a chování), tedy opatrná, systematická reflexe s analýzou morálních rozhodnutí a chování, ať v minulosti, současnosti či budoucnosti.

Zatímco právo je charakterizováno prakticky jednoznačnými postuláty a je vymahatelné, etika mnohdy vyžaduje jak vyšší standardy, tak respektuje dilematické situace. Snaží se hledat optimální řešení vzhledem k nemocnému a jeho celkové situaci. Zákony se v různých státech liší, ale etické zásady jsou aplikovatelné napříč zeměmi.

Populace v České republice patří mezi onkologicky zatíženější populace Evropy. V některých diagnózách dosahujeme na přední místa evropských statistik, např. 2. místo u zhoubných nádorů (ZN) ledviny, 3. místo u ZN slinivky břišní, 3.–5. místo u ZN žlučníku a žlučových cest. Zhoubné nádory představují čtvrtinu všech úmrtí v ČR a dlouhodobě zůstávají druhou nejčastější příčinou smrti po kardiovaskulárních onemocněních. Ačkoli incidence ZN v České republice v dlouhodobém pohledu roste, mortalita je stabilizovaná, či se dokonce snižuje. Klesající míru úmrtnosti navzdory rostoucí incidenci ovlivňuje zvyšující se kvalita lékařské péče, lepší organizace protinádorové léčby (Komplexní onkologická centra), dostupnost nových diagnostických a terapeutických prostředků i časnější diagnostika nádorových onemocnění, kdy je vyšší procento případů diagnostikováno v prognosticky příznivějších stadiích onemocnění (screeningové programy).

Nárůst onkologicky nemocných, rozvoj diagnostických i léčebných možností vyvolávají řadu obvyklých otázek, které lékaři řeší běžně, ale i otázek, které stojí na druhé straně spektra – právě ty a s nimi spojené problémy způsobují nejistotu ohledně nejlepšího zájmu pacienta a vybízejí k neustálému hledání odpovědí. Řada etických problémů přechází do dilemat, obtížně řešitelných situací, kdy neexistuje jednoznačné řešení, ale lékař volbu mezi dvěma vzájemně se vylučujícími možnostmi musí v klinické praxi učinit.

Výsledek řešení dilemat a dalších konfliktních situací ovlivňuje kvalitu života nemocných, což je faktor v medicíně obecně velmi důležitý, v paliativní medicíně a péči pak faktor nezbytný a zásadní.

LITERATURA

- UZIS. Zdravotnická ročenka ČR 2018. Dostupné na: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=8280>
- UZIS. Novotvary 2018 ČR. Dostupné na: <https://www.uzis.cz/res/f/008352/novotvary2018.pdf>
- WHO. Global cancer observatory. Dostupné na: <https://gco.iarc.fr/>
- World Medical Association. Medical ethics manual. 3rd ed. 2015.

3 KURATIVNÍ, PALIATIVNÍ A SYMPTOMATICKÁ LÉČBA A PÉČE

Nemoc, utrpení a smrt byly, jsou a vždy budou nevyhnutelnou a nedílnou součástí lidské existence, respektive lidské zkušenosti. Historie medicíny ukazuje, že medicína byla především medicínou tlumení symptomů a že až donedávna lékaři jen výjimečně mohli poskytnout tzv. kauzální léčbu, tedy takovou, která by přímo ovlivnila příčinu onemocnění. Dodnes u řady chorob není tato kauzální léčba možná, protože současná medicína nezná (přesnou) patogenезi těchto onemocnění nebo nemá pro tato onemocnění adekvátní kurativní terapii. Platí to především pro nádorová onemocnění, ale také pro řadu chorob: některé kardiovaskulární, autoimunní a degenerativní, AIDS a další. Statistiky uvádějí, že přibližně 90 % lidí umírá na chronická onemocnění trvající tedy řadu měsíců, respektive let. Prostřednictvím kurativní medicíny lze v současné době vyléčit jen relativně nízké procento všech chorob, ostatní přecházejí do chronicity.

Pacienti s diagnózami chronických chorob jsou sice „nevyléčitelní“, ale dnešní medicína umí ovlivněním některých patofyziologických mechanismů onemocnění modifikovat, prodloužit délku života i mírnit symptomy nemoci. Po určité době života s chronickou „kompenzovanou“ nemocí však dochází k rychlejší či rychlé progresi, k selhávání všech kompenzačních mechanismů a také k selhání všech možností ovlivnění nemoci.

Paliativní medicínu můžeme tedy označit jako nejstarší obor medicíny, jako nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplínu. Adjektivum paliativní je odvozeno z latinského slova *pallium* – rouška, plášť. Anglické sloveso *palliate* znamená mírnit, tišit, slovo *palliative* se vyskytuje jako substantivum – utišující prostředek i jako adjektivum – paliativní, utišující, zmírňující. Doporučení Rec (2003) 24 vychází z etymologie slova *pallium*, která částečně naznačuje „co je úkolem paliativní péče: ‚zakrýt‘ hojivou rouškou projevy nevyléčitelné nemoci či poskytnout ‚plášť těm, kteří byli ponecháni na mrazu, protože jim kurativní léčba nemůže pomoci“.

V průběhu minulého století byla díky rychlému vývoji v biomedicině a rozvoji farmakologických postupů i technologií paliativní medicína opomíjena a přehlížena. Teprve ve druhé polovině 20. století jí začala být opětovně věnována zvýšená pozornost. V moderní historii našeho státu byla paliativní medicína jako obor spolu s léčbou bolesti uznána až v roce 2004, zatímco ve Velké Británii je oborem moderní medicíny od roku 1987.

Pro klinickou onkologii platí zásada, že se před zahájením léčby stanovuje rámcový léčebný cíl. V průběhu léčby se může zjistit, že stanovený cíl je třeba změnit, protože se ukáže jako neuskutečnitelný. V klinické praxi se používají tyto termíny: kurativa,

paliace a symptomatika. Obvykle nelze vést mezi těmito třemi kategoriemi striktní hranice, jednotlivé záměry či typy léčby mohou přecházet v sebe navzájem. Kurativní léčba má pacienta z nádorového onemocnění vyléčit, to znamená, že má dosáhnout tzv. dlouhodobé remise – období, kdy nádor nelze žádnými diagnostickými prostředky prokázat. Nicméně tato remise může být kdykoli přerušena znovuvzplanutím choroby – relapsem. Kurativní léčba bývá náročná a přináší s sebou řadu nežádoucích účinků. Kvalita života v této situaci stojí až na druhém místě, protože dosažení dlouhodobé remise či vyléčení je prvotním cílem. Podle velmi hrubého odhadu zahajuje asi polovina onkologických pacientů léčbu s kurativním záměrem. U řady z těchto pacientů se však vyléčení či dlouhodobé remise nedosáhne a přecházejí na paliativní léčbu.

Tam, kde vyléčení nelze předpokládat, ať už hned po stanovení diagnózy či u pacientů, kteří sice zahajovali léčbu s kurativním záměrem, ale ten se ukázal nereálný, mluvíme o *paliativní léčbě*.

V průběhu paliativní léčby vyléčení nepředpokládáme, ale výjimky mohou existovat. Prodloužení života je však možné a někdy lze dosáhnout i dlouhodobé odpovědi, a tedy dlouhodobějšího přežití, někdy i několik desetiletí. Hlavním cílem paliativní terapie je zlepšení či alespoň udržení kvality života, respektive předcházení zhoršování kvality života. V současné době paliativní léčba v onkologii stále ještě převažuje.

Paliativní péče byla původně definována jako aktivní celková péče o pacienty, jejichž onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu. Později byla definice rozšířena a zní takto: „Paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží.“ Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší *kvality života* pacientů a jejich rodin. Vedle léčby bolesti a dalších symptomů (kašel, dušnost, zvracení apod.), tedy péče o fyzickou stránku pacienta, obsahuje paliativní péče i psychologické a duchovní aspekty péče. „Vysoká úroveň péče o fyzickou stránku je samozřejmě zásadní, avšak sama o sobě nestačí. Nesmíme redukovat lidskou bytost na pouhou biologickou jednotku.“

„Nevyléčitelně nemocný nebo smrtelně nemocný pacient není biologickým pozůstatkem, pro nějž již nelze nic udělat (...), nýbrž člověkem, který je až do samého konce života schopen vnitřně růst a něco dokázat (pokud se mu dostane od ostatních přijetí a potřebné podpory).“ Součástí paliativní péče je i podpora rodiny pacienta a případné doprovázení pozůstalých v době zármutku.

V žádné definici není nikde v odborné literatuře zahrnuta asistovaná sebevražda ani eutanazie. Většinou odborníků je paliativní medicína a péče považována za jedinou medicínskou alternativu, kterou lze těžce nemocným lidem nabídnout a ošetřit tak všechny potřeby, které tyto nemocní mají.

V rámci terminologie je třeba upozornit, že *podpůrná péče* je součástí onkologické péče, ale není synonymem paliativní péče. Úkolem symptomatické a podpůrné léčby je ovlivnění (tj. mírnění) symptomů, a to jak symptomů nemoci, tak nežádoucích účinků terapie. Tento typ léčby je tedy nezávislý na stadiu onemocnění a je rovněž ve většině případů nezávislý na kurativním či paliativním záměru. U pacientů, kde je onkologická léčba vyčerpaná a zbývá již jen možnost mírnění symptomů, se běžně i v češtině používá anglický termín *best supportive care*, která může trvat různě dlouho. Termín

péče o pacienta v závěru života (end of life care), což je také symptomatická péče, nahrazuje postupně dřívější termín terminální péče, který by se už neměl používat.

Z definice paliativní péče plyne, že komplexní léčba a péče o všechny příčiny utrpení vyžadují multidisciplinární přístup – tedy týmovou spolupráci zdravotníků různých specializací. Členy multidisciplinárního týmu jsou lékaři různých specializací, zdravotní sestry, dietní sestra, sociální pracovník, rehabilitační pracovník, psycholog a nemocniční kaplan. Do tzv. širšího týmu zahrnujeme i členy rodiny, přátele a dobrovolníky. Svým způsobem do týmu patří i pacient – on je ten, který má právo na informace o svém zdravotním stavu, o navrhovaných vyšetřeních a zákrocích, o možných rizicích, má právo nabídnutou léčbu a péči akceptovat nebo také odmítnout. Je spoluřešitelem problému své nemoci.

Multidisciplinární tým je základní jednotkou pro poskytování paliativní péče. Úkolem paliativní péče a tedy úkolem týmu je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin. Jinak řečeno: úkolem týmu je provádět integrovanou komplexní péči, která předchází a zmírňuje všechny aspekty utrpení.

Vzhledem k nemocnému, případně k jeho rodině, vedou všechny tyto požadavky k jednomu společnému jmenovateli: *nezbytnosti otevřené a citlivé komunikace* ze strany členů týmu. Jde o jednu velkou pozitivní změnu, kterou paliativní medicína přinesla.

Ukáže-li se v kterékoli fázi onemocnění, že kurativního cíle nemůže být dosaženo, dostává se na první místo v celkovém přístupu k pacientovi *kvalita života* – jeho i jeho rodiny.

K rozšíření paliativní péče a jejímu uplatňování v praxi velmi přispělo hospicové hnutí. Slovem hospic se ve středověku označovalo přístřeší pro poutníky. Tito lidé však mnohdy kromě přístřeší a jídla potřebovali i ošetření ran, případně též léčení nemocí, které je na cestě postihly. Spojení mezi slovem hospic a péčí o umírající se poprvé objevuje v Evropě v první polovině 19. století. Instituce tohoto typu byly vedeny řeholnicemi a zabývaly se péčí o pacienty v pokročilém stadiu nevléčitelných nemocí.

První hospic moderního typu založila v roce 1967 v Londýně dr. C. Saundersová (1918–2005), původním povoláním zdravotní sestra, která pracovala později jako sociální pracovníce ve zdravotnictví. Po válce konvertovala ke křesťanství (anglikánská církev). Ve svých 38 letech vystudovala medicínu a jako lékařka se věnovala nevléčitelně nemocným. Hluboce se jí dotýkaly nedostatky v péči o tyto nemocné, a naopak velmi pozitivně ji oslovily myšlenky psychologa Carla Rogerse o naslouchání a komunikaci s nemocnými. Saundersová vypracovala koncept „celkové bolesti“ (*total pain*), podle kterého je tělesná bolest nerozlučně spjata a vzájemně se ovlivňuje s utrpením (bolestí) v oblasti psychické, sociální i duchovní. Jednotlivé složky bolesti jsou provázané a jejich provázanost vystupuje do popředí zvláště v preterminálních a terminálních stádiích nemoci. Ve svém hospici pak vytvořila multidisciplinární tým, jehož členové se věnovali jednotlivým složkám utrpení pacientů.

„Filozofii“ hospicového hnutí se podařilo ovlivnit medicínu chronických chorob natolik, že se od 80. let minulého století mohla začít rozvíjet paliativní medicína jako samostatný obor, která se později spolu s hospicovým hnutím stala součástí akademické medicíny. Do popředí vstoupila *lidská práva*, respektive práva nemocných, včetně práva na pravdivé informace. Dále pak řešení *etických otázek a vztah lékař–pacient*.

Od 80. let 20. století došlo také k určitému vývoji v pojetí paliativní medicíny. V současné době je už paliativní medicína ve světě součástí zdravotnických systémů a mnoho aspektů paliativní péče platí i pro kurativní medicínu. Dokumenty Světové zdravotnické organizace (WHO – World Health Organization), např. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, i materiály Evropské společnosti klinické onkologie (ESMO – European Society for Medical Oncology) požadují integraci kurativní a paliativní péče, aby se dosáhlo co nejvyšší kvality celkové péče o pacienta.

LITERATURA

- ESMO. Guidelines. Dostupné na: <http://www.esmo.org/Guidelines>
- Hui D, Cherny N, et al. Indicators of integration at ESMO designated centers of integrated oncology and palliative care. *ESMO Open*. 2018;3(5). Dostupné na: Indicators of integration at ESMO designated centres of integrated oncology and palliative care – ESMO open
- [https://www.esmooopen.com/article/S2059-7029\(20\)32279-1/fulltext](https://www.esmooopen.com/article/S2059-7029(20)32279-1/fulltext)
- <https://www.esmooopen.com/action/showPdf?pii=S2059-7029%2820%2932279-1>
- Rada Evropy. Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státním: O organizaci paliativní péče. Praha: Cesta domů; 2004.
- Rejman L. Slovník cizích slov. Praha: Státní pedagogické nakladatelství; 1966.
- Rogers C. On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy. Boston–New York: Houghton Mifflin Comp.; 1961.
- Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě, Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči. Praha: Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny; 2010.
- Ten Have H, Clark D, et al. The ethics of palliative care: European perspectives. Buckingham–Philadelphia: Open University Press; 2002.
- Vorlíček J, Adam Z, Pospíšilová Y, et al. Paliativní medicína. Praha: Grada Publishing; 2004.
- WHO. Global atlas of palliativecare. Dostupné na: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
- WHO. Global atlas of palliative care. 2nd ed. Dostupné na: Global Atlas of Palliative Care, 2nd Ed 2020 (thewhpca.org)
- WHO. Cancer pain relief and palliative care 1990. Dostupné na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39524/1/WHO_TRS_804.pdf
- WHO. New Guide on palliative care services for people living with advanced cancer. Dostupné na: http://www.who.int/cancer/media/FINAL-Palliative_Care_Module.pdf [12.11.2007]

4 FILOZOFIE A LÉKAŘSKÁ ETIKA

Filozofie

Slovo filozofie pochází z řeckého slovesa *filein*, milovat nebo také lnout, a ze substantiva *sofia*, které původně označovalo zručnost, obratnost; později pak vědění, poznání, moudrost, umění žít. Slovo filozofie lze tedy překládat jako *láska k moudrosti*, a takto ji také chápali Řekové, kteří stáli u kolébky jejího vzniku. Novost řeckého filozofického myšlení spočívala ve schopnosti *reflexe* – schopnosti znovu a znovu přezkoumávat existující teze i východiska a dopracovávat se tak k nevhodnějším formulacím na kladené otázky.

Láska k moudrosti se už v antice štěpila do filozofických škol a v průběhu staletí se proměnila v nepřehledné množství názorových směrů, které si navzájem protirečí. Dokonce i někteří filozofové mluví o „skandálu filozofie“, která, na rozdíl od empirických věd dosahujících neustálého pokroku, působí jen zklamání.

Nicméně tzv. velké otázky filozofie (a současně i náboženství) jsou rovněž otázkami každého člověka. Člověk je totiž jediná bytost, která se snaží pochopit sebe sama, která předjímá svou smrt, která si klade otázky. Rovněž při svém tázání však zůstává člověk sám sobě stále trvajícím otázkou, která se zvyrazňuje v období nemoci, utrpení a blížící se smrti. Filozofii a filozofům tak nezbyvá nic jiného, než se znovu a znovu pokoušet reflektovat skutečnosti člověka, života a světa, ve kterém žijeme, a pokoušet se odpovídat na palčivé problémy a otázky dané doby.

Praktická filozofie – filozofická etika

Řecké slovo *éthos* původně označovalo místo pastvy nebo stáj. Přeneseno na lidské společenství pak místo bydlení a také vše, co je obyčejem nebo mravem v rámci společného bydlení. Odtud toto slovo nabylo významu a označení pro způsob jednání, postoj a smýšlení osob v lidských společenstvích.

Vlastnímu jednání i jednání druhých lidí běžně připisujeme mravní hodnotu a jednání hodnotíme jako dobré nebo špatné, svědomité nebo nesvědomité apod. Mravní hodnocení se vždy vztahuje na něco, co je specificky lidské (mluvíme-li o zlém zvířeti, nejde o mravní hodnocení ve vlastním slova smyslu, ale o antropomorfní výklad chování zvířete). Pokud hodnotíme mravnost lidského jednání, předpokládáme, že jednajícím osobou užívá rozumu a poznává rozdíl mezi dobrem a zlem. Mravně hodnotit můžeme tedy člověka tehdy, je-li schopen rozlišit, co je dobré a co je špatné ve všeobecném smyslu (nevylučují se samozřejmě různé názory, které lidé o dobru či zlu mohou mít). Dalším předpokladem je skutečnost, že takový člověk ví, že dobro je nutné konat a zlo nekonat. Takto všeobecně pojaté poznání dobra a zla, které běžně předpokládáme ve styku s druhými lidmi, označujeme jako svědomí. Posuzujeme-li mravně lidské jednání, je třeba vědět, zda toto jednání bylo dobrovolné, respektive svobodné, čili že jednajícím byl „pánem“ svého jednání, „pánem“ svého skutku. Odpovědné je pak lidské

jednání tehdy, je-li člověk schopen rozumně ospravedlnit své jednání, neodpovědné tehdy, jednal-li proti rozumu – není schopen rozumně své jednání obhájit.

Etika je tedy vědou o mravnosti a obecně se zabývá otázkami správného jednání a chování a zahrnuje rovněž otázky týkající se kvality vztahu a jednání k okolí – k jednotlivým lidem, společnosti i přírodě (*Jak vést svůj život? O co mohu/ o co mám ve svém životě rozumně usilovat? Jaké mám zaujímat postoje? Co mám dělat/činit/konat? Jak se chovat a jak jednat? Proč se chovat a jednat tak a ne jinak?*).

Za zakladatele filozofické etiky bývá považován Aristoteles, který rozlišoval v lidské činnosti činnost teoretickou (poznání), činnost praktickou (jednání) a činnost tvořivou (řecky *poiésis*). Jako činnost praktickou, vedle politiky a rétoriky, označil jednání, které má hodnotu samo v sobě, tedy jednání mravní. Před Aristotelem už ale Sokrates přemýšlel o ctnostech a uvažoval, zda se ctnost dá nebo nedá naučit, respektive jak se dá naučit. V moderní medicíně se dostává etice ctností nového ocenění, a to především v paliativní medicíně, proto je tomuto tématu věnována zvláštní kapitola.

Do novější filozoficko-etické tradice náleží především kantovský směr, který bývá označován jako povinnostní etika. Immanuel Kant je považován za filozofa, od něhož se odvíjí moderní pojetí autonomie, i jako jeden z principů v současné lékařské etice. Názory na jeho filozofii nejsou však jednoznačné, např. podle Jana Sokola je Kant klasikem jedné linie etického myšlení, jejíž vliv odsunul do pozadí další možnosti etického myšlení, které byly součástí historické tradice. Už v roce 1919 kritizoval Kanta rovněž Max Weber, který je autorem myšlenky etiky odpovědnosti, respektive rozlišení mezi kantovskou etikou smýšlení a etikou odpovědnosti. Právě etika odpovědnosti se jeví jako důležitý teoretický podklad pro současnou etiku pomáhajících profesí, tedy i etiku lékařskou.

Slovo odpovědnost v běžném i odborném jazykovém úzu zahrnuje odpověď – odpovědně jednajícím člověkem může rozumně zdůvodnit své jednání a odpovědět na otázku, proč jednal tak či onak. Klasická etika odpovědnosti se zabývá tímto typem odpovědnosti – odpovědností jednajícího člověka za jeho čin. Odpovídat však lze i na výzvu – člověk může být určitou situací vyzýván, aby jednal, či aby jednal určitým způsobem. Člověk je takto zodpovědný za uskutečnění možného dobra. Teorii etiky odpovědnosti, mimo jiné právě ve smyslu odpovědnosti za uskutečnění dobra, které nás k tomu samo vyzývá, rozpracoval v 70. letech 20. století německo-americký filozof Hans Jonas. V Jonasově teorii etiky odpovědnosti nejde o odpovědnost jednajícího člověka za jeho čin (to je vykonat dobro dobře), ale o odpovědnost ve smyslu odpovědět na vyzvání dobra – tedy o odpovědnost za uskutečnění dobra. Musí tady být jak objekt – „věc“ (blaho druhých), tak subjekt, který odpovídá, a jehož povinností je konat, protože je povolán ke správě věcí. Obecně tak etika odpovědnosti získává dvě vrstvy:

1. Etika odpovědnosti v Jonasově chápání (odpovědnost vykonat „věc“, uskutečnit dobro, které k tomuto uskutečnění samo volá).
2. Klasická etika odpovědnosti za vykonaný čin.

V tomto smyslu nás etika odpovědnosti vyzývá: vykonat (konat) dobro a vykonat (konat) ho dobře.

Myšlenky z Jonasovy teorie etiky odpovědnosti lze s užitkem aplikovat v lékařské etice, na rozdíl od myšlenek zpracovaných v dílech jiných filozofů a etiků. Ukázkou čisté teorie těžko uplatnitelné v lékařské etice je Hartmannova Struktura etického fenoménu.

K filozofům, kteří významně přispěli k etice pomáhajících profesí, patří Martin Buber (etika založená na filozofii vztahu) a Emmanuel Lévinas (etika založená na filozofii setkání).

Aplikovaná etika

Lékařská etika i bioetika spadají pod hlavičku aplikované či profesní etiky. Lékařská etika byla v ČR uznána jako samostatný lékařský obor v roce 1991. Mezi jednotlivými lékařskými fakultami v ČR není jednotný názor, zda teoretická pojednání o aplikaci filozofických směrů a etických teorií na problémy související s medicínou mají být ve výuce preferována, či zda má být preferována výuka kodexů a etických doporučení, aby se lékaři snáze mohli orientovat ve spleťtých záležitostech současné medicíny a aby tak byli schopni *se rychle rozhodovat a rychle řešit etická dilemata*, s nimiž se denně setkávají.

Kořeny lékařské etiky, od nichž se odvíjí tradice až do současnosti, nalezneme v době antického Řecka (víme však, že Řekové čerpali ze staroegyptské a babylonské kultury, takže se dá říct, že kořeny jsou ještě hlubší) a nejedná se o filozofické kořeny. Je vysoce pravděpodobné, že nám dnes známý text Hippokratovy přísahy vznikl v prostředí náboženské skupiny pythagorejců na přelomu 5. a 4. století před Kristem. V průběhu staletí se medicína značně rozvinula a změnila, ale většina etických zásad, stanovených v Hippokratově přísaze, zůstává platná i v současnosti.

Jednotlivé morální principy a pravidla jednání pro lékaře byly v průběhu historie dále zaznamenávány v různých formách (modlitby, přísahy, kodexy a doporučení).

Modlitby vyjadřovaly odevzdání se lékaře a jím vykonávané profese bohům (Bohu) a zasazení lékařského povolání do náboženského kontextu vůbec. Munzarová uvádí text celé modlitby Maimonidovy. Text je hodnotný jak po stránce literární, tak je i obdivuhodným propojením lidskosti, náboženského cítění a lékařské profese.

Přísaha je výrokem, prohlášením nebo slibem učiněným zvláštní veřejnou formou (určitá formule, určitá slova, symbolické jednání, gesta apod.) a zpravidla se dovolává něčeho, co je přísahajícímu „posvátné“ (bozi, Bůh, čest). Pohanští bozi a později v našem sociokulturním okruhu židovský/křesťanský Bůh byli voláni za svědky pravdy nebo jako ručitelé. Právě přísaha, respektive veřejný slib nového lékaře, že bude zodpovědně dodržovat doporučení a normy spojené s lékařskou profesí, se zachovává od antiky až do současnosti. Text Hippokratovy přísahy se v průběhu staletí měnil, ale základní zásady se dochovaly, jsou platné a nezbytné i dnes.

Kodexy vypočítávají víceméně všeobecné standardy, jimiž se má lékař vždy řídit. V současné době se ke standardům a normám v lékařské etice a biomedicíně vyjadřují jak různé lékařské organizace, např. Světová lékařská asociace (WMA – World Medical Association), tak rovněž některé nelékařské organizace (např. Rada Evropy). Tyto instituce formulují různé deklarace, závazná etická doporučení, případně standardy pro jednotlivé oblasti biomedicíny či jednotlivé zdravotnické profese.

Každá z uvedených historických i současných forem obsahuje morální imperativ, který by měl být osobně lékaři či jinými zdravotnickými profesionály (případně státním zdravotnickým systémem) akceptován. Různé formy etických předpisů a doporučení zavazují tedy k určitému jednání, případně mají napomáhat při řešení mravních dilemat.

Až do konce 2. světové války se lékaři prakticky řídili Hippokratovou přísahou, respektive jejími modifikacemi. Třebaže byly v historii, především díky těžkým válečným zraněním, pokusy filozoficky a teologicky řešit některá dilemata (např. rozsah chirurgických zásahů u válečných zranění), byla lékařská etika ve své podstatě deontologií (řecky *to deon* – povinnost).

Norimberský proces, politické, ekonomické a sociální změny, stejně jako rychlý rozvoj medicíny a biotechnologií v druhé polovině 20. století, vedly k reflexi a hledání nových způsobů, jak lékařskou etiku chápat a využívat při řešení problémů a dilemat. Představa, že rozvoj v medicíně povede ke zjednodušení v rozhodování, se ukázala jako zcela naivní a mylná. Naopak vyvstávají stále nová dilemata a těžkosti, které nemohl nikdo předvídat.

V hledání nových cest pro lékařskou etiku se na přelomu sedmdesátých a osmdesátých let minulého století zdáli být úspěšnými američtí autoři Beauchamp a Childress, kteří se pokusili propojit filozofii a klasickou lékařskou etiku vycházející z kodexů pomocí etiky čtyř principů. Autoři převzali dva principy (nonmaleficence a beneficence) z Hippokratovy přísahy a sami dodali respekt k autonomii pacienta a princip spravedlnosti. Zpočátku byla jejich kniha přijímána s velkým nadšením, protože se zdálo, že se podařil významný posun v lékařské etice. Nadšení, které se ukázalo jako neadekvátní, vystřídala někdy i velmi ostrá kritika. V současné době je už jasné, že i když jsou popsány principy důležité, nelze lékařskou etiku stavět jen na nich, a zvláště nelze akceptovat nevyváženost principů ve smyslu preference autonomie pacienta, která je pak mimo jiné zneužívána i pro zdůvodňování eutanazie.

Další cesty, kterými by se mohla lékařská etika do budoucna ubírat, se v posledních letech hledají. Většinou lékařů se filozofické teorie jeví jako velmi abstraktní a těžko spojitelné s dnešními požadavky na etické zvažování a rozhodování v medicíně. Britská lékařská asociace dokonce vnímá těžkopádnost filozofických teorií jako překážku, a ne jako pomoc pro přetížené lékaře. Ve své publikaci *Medical ethics today* věnuje filozofii pouze dvě strany z 820. V této objemné „příručce“ je zdůrazněno, že v lékařské etice je třeba vycházet z neměnných zásad *beneficence* a *nonmaleficence*. Dále je přiřazen *respekt k autonomii pacienta i lékaře, princip spravedlnosti* a samozřejmě *lidská práva*. Autonomie pacienta není preferována a je kladen důraz i na autonomii lékaře. V knize je zařazena i řada *kazuistik*, které mají být pomocí pro řešení dilemat vzniklých při aplikaci základních zásad a principů. Autoři publikace považují za zcela nezbytné pro všechny lékaře dobré *komunikační dovednosti a úctu k nemocným*. Britská publikace neopomíná ani *etiku ctností*, která se soustřeďuje spíše na charakterové rysy jednotlivce a před otázkou *Co mám dělat?*, staví otázku *Co (kým) mám být?* Etika ctností klade důraz na laskavost, respekt vůči druhým lidem, čestnost, soucit. Tyto charakterové rysy vytvářejí obraz toho, co to znamená být lékařem. V konfrontaci s etickými dilematy a morálními problémy přispívá etika ctností jak k čestnému postoji vůči nim, tak k jejich čestnému řešení.

Etika kazuistik se jeví jako nezbytná součást etiky zdravotnické péče jak britským lékařům, tak i Radě Evropy, která už v roce 1998 vydala soubor 120 kazuistik, kde jsou vyjádřeny názory na řešení jednotlivých případů z pohledu lidských práv, světových náboženství i klasické lékařské etiky.

Jiným příkladem, jak pokročit v lékařské etice, se stala evropská studie Pallium. Henk ten Have, profesor lékařské etiky a přednosta Ústavu etiky, filozofie a historie medicíny na univerzitě v Nijmegen v Holandsku byl tři roky koordinátorem evropského projektu „Pallium“, který se zabýval etikou paliativní péče. Do projektu/studie bylo zařazeno sedm evropských zemí (Holandsko, Velká Británie, Švédsko, Španělsko, Německo, Belgie, Itálie). Skupina filozofů, teologů, lékařů, sociologů a dalších odborníků, která pracovala na této studii, se držela zásad mezioborového dialogu. Podařilo se vytvořit základy pro „filozofii“ paliativní péče, a tedy i pro lékařskou etiku. Závěry studie publikované v roce 2002 ukázaly, že biomedicínskou etiku lze, a je nutno, chápat mnohem šířeji než jen jako etiku čtyř principů.

Filozofie má zcela jistě své nezastupitelné místo ve vztahu k lékařské etice a v diskusích vedených v rámci lékařské etiky. Její přínos nelze podceňovat. V klinické praxi je však při nutnosti rychlého rozhodování nutné vycházet z již předem stanovených závěrů, norem a doporučení, případně kazuistik.

Přínos studie *Pallium* pro klinickou praxi spočívá i v tom, že se podařilo konkretizovat abstraktní filozofické a další teoretické přístupy. Studii stanovené zásady se pak objevily v *Doporučení Rady Evropy O organizaci paliativní péče*. Ve studii *Pallium* byli za nejvíce vyhovující filozofy pro potřeby (paliativní) medicíny označeni výše zmínění Martin Buber a Emmanuel Lévinas.

LITERATURA

- Anzenbacher A. Úvod do etiky. Praha: Academia; 2001.
- Anzenbacher A. Úvod do filosofie. Praha: Logos; 1989.
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5th ed. New York–Oxford: Oxford University Press; 2001.
- Council of Europe. The human rights, ethical and moral dimensions of health care: 120 practical case studies. European network of scientific co-operation on medicine and human rights. Council of Europe Publishing; 1998.
- English V, Romano-Critchley G, et al. Medical ethics today. The BMA's handbook of ethics and law. London: BMJ Books, BMA; 2004.
- Hartmann N. Struktura etického fenoménu. Praha: Academia; 2002.
- Jonas H. Princip odpovědnosti: Pokus o etiku pro technologickou civilizaci. Praha: Oikúmené; 1997.
- Munzarová M. Zdravotnická etika od A do Z. Praha: Grada Publishing; 2005.
- Opatrná M. Klinická pastorační péče jako součást celkové péče o pacienta. Doktorská disertační práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. LF; 2007. Nepublikováno.
- Rada Evropy. Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům: O organizaci paliativní péče. Praha: Cesta domů; 2004.
- Sokol J, Pinc Z. Antropologie a etika. Praha: Triton; 2003.
- Störing HJ. Malé dějiny filosofie. Praha: Zvon; 1993.
- Ten Have H, Clark D, et al. The ethics of palliative care: European perspectives. Buckingham-Philadelphia: Open University Press; 2002.

5 KODEXY A ETICKÁ DOPORUČENÍ

Ve všech kulturách bylo rozšířeno tzv. *zlaté pravidlo*, které říká: *Co sám nechceš, nečiň jinému!* Vyjadřuje požadavek, aby se lidé navzájem uznávali jako rovnocenné bytosti a vážili si sebe navzájem. Jinak řečeno, každý by měl ve svém jednání brát v úvahu, že i druzí lidé mají své potřeby a zájmy jako on sám.

Na počátku lékařské etiky stojí rovněž morální principy a pravidla konkretizovaná pro jednání lékaře. Lékařská etika byla od svého počátku deontologií – naukou o povinnostech. Nyní to je ta část lékařské etiky, která v medicíně vymezuje povinnosti zdravotníka vůči pacientům, kolegům, úředníkům i veřejnosti formou kodexů a etických doporučení. Jejím předmětem jsou tedy normativní předpisy a doporučení s etickým obsahem, jimiž se řídí každodenní běžné profesní chování.

Podobně jako je v naší sociokulturní oblasti nejnámějším souhrnem mravních povinností biblické Desatero, v medicíně je obdobným základem pro etické chování lékařů Hippokratova přísaha. Etické požadavky jsou zde zasazeny do přísahy bohům, tedy do rámce polyteistického náboženství. Křesťanství hippokratovskou přísahu přejalo, slib pohanským bohům odstranilo, a přísahu zasadilo do monoteistického rámce. Vliv Hippokratovy přísahy lze zaznamenat i na některé židovské lékařské kodexy a modlitby či islámské texty.

Přestože se dochovalo několik variant textu Hippokratovy přísahy, v učebnicích lékařské etiky se uvádějí velmi podobné texty. Shrnu-li hlavní etické zásady Hippokratovy přísahy, pak lékaři mělo jít o následující:

1. dobro/blaho nemocných (dnešní princip beneficence);
2. ochranu před poškozením, křivdou, tj. zlem (dnešní princip nonmaleficence);
3. dodržení zákazu zabití nemocného (dnešní zákaz eutanazie a asistovaného suicidia ve většině států světa);
4. zachování tajemství – princip platný rovněž dodnes, který je snad nejméně diskutovaný ve srovnání s ostatními zásadami v Hippokratově přísaze. Tento princip však může vést v onkologii a paliativní medicíně k řadě obtížně řešitelných situací (např. mladý, už plnoletý nemocný si nepřeje, aby informace o jeho zdravotním stavu byla poskytnuta jeho rodičům).

Všechny čtyři uvedené etické zásady zůstávají v platnosti i dnes v celé medicíně, onkologii a paliativní medicínu nevylučuje.

Dlouhá staletí prezentovala Hippokratova přísaha jediný deontologický kodex uváděný v našem sociokulturním okruhu do souladu především s tradicemi monoteistických náboženství – judaismu a křesťanství. Později, zvláště ve 20. století, se o přísaze opakovaně diskutovalo a některými autory byla kritizována jako nedostatečná a zavádějící. Text přísahy byl sice upravován a doplňován, ale jeho původní obsah i staletý vliv hippokratovské tradice na základní postoj lékaře k nemocnému

(viz výše uvedené body) zůstává trvalou devizou pro lékařskou etiku dodnes. Etické zásady přísahy jsou brány v úvahu, kdykoli se má formulovat nějaký novější kodex, a to nejen týkající se lékařů, ale i jiných vysokoškolských a středoškolských zdravotnických pracovníků.

V současné době není špičková ani standardní léčba a péče představitelná bez *multi-disciplinárních týmů*, což je fakt objevující se v medicíně až v druhé polovině dvacátého století a je nutné ho zohlednit v novodobých etických doporučeních, Hippokratova přísaha samozřejmě týmovou práci neznala.

Období po druhé světové válce, kdy bylo třeba reagovat na zločiny nacistických lékařů, a dále pak celá druhá polovina 20. století jsou charakterizovány vznikem řady kodexů, deklarací, chart a konvencí. Kodifikované normy, pravidla a různá doporučení s sebou přinášejí určité těžkosti. Normy vždy upravují typické, obecné nebo nejčastěji se vyskytující situace a požadavky, okolnosti jednání atd., ale nemusí, ani nemohou zohlednit a postihnout všechny situace, problémy a dilemata, které se mohou při výkonu lékařského povolání či jiného povolání pomáhající profese vyskytnout. Vlastně nikdy nemohou být vyjádřeny tak přesně, aby nemusely být v určitých případech vyjádřeny přesněji. Samotná konkrétní formulace norem je obtížná a vyžaduje náročný, dlouhodobý dialog těch, kteří k tvorbě norem přispívají (viz předchozí kapitola).

Normy vytvářejí jakési základní mantinely nebo orientační body pro základní informovanost ve spleťtých otázkách a dilematech současné medicíny. K tomu, aby zdravotníkům normy a kodexy sloužily, je potřeba nejen jejich znalost, ale rovněž *fronésis a epikie*. Výraz *epikie* se nám dochoval od Aristotela prakticky v nezměněném významu slova. Jde o slušnost; laskavou, rozumnou vstřícnost; plnění norem nejen podle litery, ale také podle úmyslu toho, kdo normu stanovoval. *Epikie* umožňuje úpravu obecné normy tam, kde je její všeobecnost v určité situaci nedostatečná.

Aristoteles dále rozlišoval dvě intelektuální ctnosti. Teoretickou moudrost (*sofia*) chápal jako schopnost přemýšlet o povaze věcí a světa, schopnost rozvažovat o obecných věcech; tato moudrost vede k věděni. Praktickou moudrost, rozumnost (*fronésis*) popsal jako schopnost uvažovat o tom, jak máme jednat a proč, abychom měnili sebe i svět k lepšímu. *Fronésis* se podle Aristotela získává časem a zkušeností a týká se toho, jak máme jednat v určité situaci.

Epikie i *fronésis* ukazují, že je možné, navzdory všem kritikám kodifikovaných norem a doporučení, s etickými normami velmi dobře pracovat. Ukazují také na skutečnost, která je známá z klinické praxe, že pro rozhodování je v medicíně potřebná určitá osobní vyzrállost, nadhled a zkušenosti.

V souvislosti s poválečným vývojem lékařské etiky je třeba, kromě vyslovení na medicínu zaměřených prohlášení, připomenout i obecná prohlášení a důraz na lidská práva, která zvláště v současném pluralitním a multikulturním světě mohou poskytovat základ pro lékařskou etiku napříč národními i kulturními hranicemi.

Jako reakce na největší válečnou katastrofu v lidských dějinách byla vyhlášena v prosinci 1948 Valným shromážděním OSN *Všeobecná deklarace lidských práv*. Jde o právně nezávazný dokument a nejedná se o mezinárodní smlouvu, ale její text inspiroval vznik dalších poválečných dokumentů na celém světě. Podstatou dokumentu je prohlášení, že všechny lidské bytosti jsou svobodné a rovnoprávné bez ohledu na pohlaví, rasu, národnost a náboženství.

V preambuli se hovoří o tom, že uznání přirozené důstojnosti a hodnoty lidské osobnosti, rovných a nezczitelných práv všech členů lidské rodiny je základem svobody, spravedlnosti a míru ve světě. Naopak zneuznání lidských práv a pohrdání jimi vedlo k barbarství. Text požaduje, aby byla lidská práva chráněna zákonem.

Deklarace dále uvádí, že všichni lidé se rodí svobodní a sobě *rovní v důstojnosti i právech*. Přiznává *veškerá práva a svobody všem lidem*, bez rozdílu rasy, pohlaví, náboženství atd. Konstatuje, že každý má *právo na život, svobodu* a nikdo nesmí být podrobován nelidskému *ponižujícímu zacházení*. Další články mluví o náboženské svobodě a právu na svobodu přesvědčení, o právu na zajištění kulturních práv nezbytných pro lidskou důstojnost a svobodný rozvoj osobnosti.

V roce 1949 byla založena ve Štrasburku Rada Evropy. Jde o mezivládní organizaci sdružující v současné době 46 zemí, 28 z nich jsou státy Evropské unie. Členství je otevřené všem evropským zemím, které akceptují a zaručují právní stát, základní lidská práva a svobodu pro své občany. Nejdůležitější lidskoprávní úmluvou sjednanou v rámci Rady Evropy a základem regionální mezinárodněprávní ochrany lidských práv v Evropě je *Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod*. Byla podepsána v Římě v listopadu 1950 a jejím cílem bylo opětné zdůraznění povinnosti chránit, respektovat a dále rozvíjet lidská práva a svobody. Znovu opakuje *právo na život* (nikdo nesmí být úmyslně zbaven života) i *zákaz nelidského a ponižujícího zacházení*. Úmluva zaručuje i právo na respektování soukromého a rodinného života, svobodu myšlení, svědomí a náboženského vyznání. Naše země vstoupila do Rady Evropy v roce 1991 a byla prvním státem střední a východní Evropy, který se stal stranou Úmluvy (úmluva byla ratifikována v březnu 1992).

Dále je třeba zmínit *Listinu základních práv a svobod*, která byla vyhlášena v roce 1992 jako součást ústavního pořádku ČR, je tedy součástí naší Ústavy (Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb.). Text listiny zmiňuje návaznost na obecně sdílené hodnoty lidství a demokratické tradice, uznává neporušitelnost přirozených práv člověka a připomíná trpké zkušenosti z dob, kdy lidská práva a základní svobody byly v naší vlasti potlačovány. Listina zaručuje svobodu a rovnost všech lidí v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezczitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné. Jsou zaručena všem, bez rozdílu pohlaví, rasy, náboženství atd. Nikomu nesmí být způsobena újma na právech pro uplatňování jeho základních práv a svobod.

Kromě toho Listina prohlašuje, že každý je způsobilý mít práva, každý má *právo na život a nikdo nesmí být zbaven života*. Každý má *právo na ochranu zdraví*, každý má *právo*, aby byla *zachována jeho lidská důstojnost* a každý má rovněž právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a osobního života. Listina zaručuje svobodu myšlení, svědomí a náboženského vyznání, právo svobodně projevovat své náboženství nebo víru buď sám, nebo společně s jinými, soukromě nebo veřejně, bohoslužbou, vyučováním, náboženskými úkony nebo zachováváním obřadu.

Problematika lidských práv se odráží ve všech poválečných etických kodexech a doporučeních týkajících se biomedicíny. Prvním poválečným kodexem je *Norimberský kodex*, vzešlý z Norimberského procesu. Vychází z úcty k člověku jako osobě a v konkrétních bodech se týká výzkumu za účasti lidských subjektů.