

Radek Ptáček, Petr Bartůněk a kolektiv

Etické problémy medicíny na prahu 21. století



EDICE CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ ČLK



Radek Ptáček, Petr Bartůněk a kolektiv

Etické problémy medicíny na prahu 21. století



EDICE CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ ČLK

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

PhDr. et PhDr. Radek Ptáček, Ph.D., MBA, doc. MUDr. Petr Bartůněk, CSc., a kolektiv

ETICKÉ PROBLÉMY MEDICÍNY NA PRAHU 21. STOLETÍ

EDICE CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ ČLK

Recenze:

Prof. MUDr. Jan Petrášek, DrSc.

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

Podpořeno projektem Prvouk Psychologie UK – P03/LF1/9.

TIRÁŽ TIŠTĚNÉ PUBLIKACE:

© Grada Publishing, a.s., 2014

Fotografie na obálce: PhDr. et PhDr. Radek Ptáček, Ph.D., MBA

Cover Design © Grada Publishing, a.s., 2014

Obrázky dodali autoři.

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 5720. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Ivana Podmolíková

Sazba a zlom Karel Mikula

Počet stran 520

1. vydání, Praha 2014

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

Názvy produktů, firem apod. použité v této knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění ale nevyplývají pro autory ani pro nakladatelství žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-247-5471-0

TIRÁŽ ELEKTRONICKÉ PUBLIKACE:

ISBN 978-80-247-9597-3 (pro formát pdf)

ISBN 978-80-247-9598-0 (pro formát epub)

Vedoucí autorského kolektivu

PhDr. et PhDr. Radek Ptáček, Ph.D., MBA – *Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Česká lékařská komora, Praha*

Doc. MUDr. Petr Bartůněk, CSc. – *IV. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha*

Autorský kolektiv

Mgr. Tereza Barakziyhová – *Katedra psychologie, Pedagogická fakulta UK, Praha*

Doc. MUDr. Petr Bartůněk, CSc. – *IV. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha*

Prof. MUDr. Vladimír Bencko, DrSc. – *Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK a VFN, Praha*

Doc. MUDr. Martin Bojar, CSc. – *Neurologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha*

Prof. MUDr. Radim Brdička, DrSc. – *Ústav hematologie a krevní transfuze, Praha*

Doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc. – *Ústav sociálního lékařství LF UK, Hradec Králové*

MUDr. Václava Curtisová – *Ústav lékařské genetiky a fetální medicíny FNOL a UPOL, Olomouc*

Prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc. – *KARIM 2. LF UK FN Motol, KAIM IPVZ, Praha*

Doc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D. – *Ústav sociálního lékařství LF UK, Plzeň*

PhDr. David Černý – *Ústav státu a práva AV ČR, Praha*

MUDr. Bc. Rostislav Čevela, Ph.D. – *Ústav sociálního lékařství LF UK, Plzeň*

JUDr. Adam Doležal, LL.M. – *Ústav státu a práva AV ČR, Praha*

Doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc. – *Oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče 2. LF UK a FM Motol, Praha*

Bc. Jana Faltýnková – *Ústav molekulární genetiky AV ČR, v. v. i., Praha*

Doc. MUDr. René Foltán, Ph.D. – *Klinika ústní, čelistní a obličejové chirurgie 1. LF UK a VFN, Praha*

PhDr. Veronika Francová – *Katedra psychologie, Pedagogická fakulta UK, Praha*

Mgr. Věra Franková, Ph.D. – *Ústav dědičných metabolických poruch 1. LF UK a VFN, Ústav humanitních studií v lékařství, 1. LF UK, Praha*

Prof. MUDr. Peter G. Fedor Freybergh, Ph.D., Dr.h.c. mult. – *Vysoká škola zdravotnictva a sociální práce sv. Alžbety, Bratislava, Ústav perinatální a perinatální psychologie, medicíny a integrovaných neurovied, Bratislava*

MUDr. Jitka Fricová, Ph.D. – *KARIM 1. LF UK a VFN, Centrum pro léčbu bolesti, Praha*

Prof. Pavel Hamet, OQ, MD, Ph.D., FRCP, FAHA, FCAHS – *CRCHUM, TechnopôleAngus, Montreal, Kanada*

Prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc. – *Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, Praha*

MUDr. Eduard Havel, Ph.D. – *Chirurgická klinika FN, Hradec Králové*

prim. MUDr. Markéta Havlovicová – *Ústav biologie a lékařské genetiky 2. LF UK a FN Motol, Praha*

Doc. PhDr. Karel Hnilica, CSc. – *Katedra psychologie, Filozofická fakulta UK, Praha*

Doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D. – *UK FHS CELO – Centrum pro studium dlouhodobosti a dlouhodobé péče a Gerontologické centrum, Praha 8*

MUDr. Radkin Honzák, CSc. – *Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, Psychiatrická nemocnice Bohnice, IKEM, Praha*

MUDr. Radovan Hrubý, Ph.D. – *Vysoká škola zdravotnictva a sociální práce sv. Alžbety, Bratislava, Ústav perinatální a perinatální psychologie, medicíny a integrovaných neurovied, Bratislava*

MUDr. RNDr. Pavel Ješina, Ph.D. – *Ústav dědičných metabolických poruch 1. LF UK a VFN, Praha*

MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D. – *Diecézní charita Brno, Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Brno*

Mgr. Ján Karkoška – *Oddělení tkáňových transplantátů, Národní centrum tkání a buněk a.s., Brno*

Prof. MUDr. Viktor Kožich, CSc. – *Ústav dědičných metabolických poruch 1. LF UK a VFN, Praha*

PhDr. David Krámský, Ph.D. – *Policejní akademie ČR, Praha*

MUDr. Milan Kubek – *Česká lékařská komora, Praha*

Prof. MUDr. Robert Lischke, Ph.D. – *III. chirurgická klinika 1. LF UK a FN Motol, Praha*

Mgr. Bc. Miloš Máca – *Česká lékařská komora, Praha*

Doc. Milan Macek, CSc. – *Ústav biologie a lékařské genetiky 2. LF UK a FN Motol, Praha*

Prof. MUDr. Milan Macek, DrSc., jr. – *Ústav biologie a lékařské genetiky 2. LF UK a FN Motol, Praha*

JUDr. Jan Mach – *Česká lékařská komora, Praha*

Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc. – *Ústav sociálního lékařství LF UK, Hradec Králové*

MUDr. ThLic. Jaromír Matějek, Ph.D., Th.D. – *Katolická teologická fakulta UK, Praha*

Doc. MUDr. Jan Měšťák, CSc. – *Klinika plastické chirurgie 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce, Praha*

Prim. MUDr. Martin Molitor, Ph.D. – *Klinika plastické chirurgie 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce, Praha*

Prof. MUDr. Marta Munzarová, CSc. – *Ústav lékařské etiky LF MU, Brno*

Prof. MUDr. Ivo Paclt, CSc. – *Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha*

Prof. MUDr. Pavel Pafko, DrSc. – *III. chirurgická klinika 1. LF UK a FN Motol, Praha*

Prof. MUDr. František Perlík, DrSc. – *Farmakologický ústav 1. LF UK a VFN, Praha*
 Dr. iur. et JUDr. Helena Peterková, Ph.D. – *Česká lékařská komora, Praha*
 PhDr. et PhDr. Radek Ptáček, Ph.D., MBA – *Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Česká lékařská komora, Praha*
 RNDr. Hana Ptáčková, Ph.D. – *Ústav biologie a lékařské genetiky 2. LF UK a FN Motol, Praha*
 Prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc. – *Ústav normální, patologické a klinické fyziologie 3. LF UK, Praha*
 MUDr. MgA. Kateřina Rusínová – *KARIM 1. LF UK a VFN, Praha*
 PhDr. Irena Smetáčková, Ph.D. – *Katedra psychologie, Pedagogická fakulta UK, Praha*
 Prof. MUDr. Karel Smetana, DrSc., ml. – *Anatomický ústav 1. LF UK, Praha*
 MUDr. Helena Stankušová, CSc. – *Radioterapeuticko-onkologické oddělení, Onkologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha*
 MUDr. Helena Stehlíková – *Česká lékařská komora, Praha*
 Prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA – *III. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha*
 Doc. Petr Svoboda, Ph.D. – *Ústav molekulární genetiky AV ČR, v. v. i., Praha*
 Mgr. Dita Svobodová, Ph.D. – *Všeobecná fakultní nemocnice, Praha*
 Prof. MUDr. Josef Syka, DrSc. – *Ústav experimentální medicíny AV ČR, Praha*

Prof. MUDr. Eva Syková, DrSc. FCMA – *Ústav experimentální medicíny AV ČR, Praha*
 MUDr. Jana Šeblová, Ph.D. – *Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje Kladno*
 Prim. MUDr. Jiří Švarc, Ph.D. – *Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha*
 Prof. MUDr. Vladimír Tesař, DrSc., MBA – *Klinika nefrologie 1. LF UK a VFN, Praha*
 Doc. MUDr. Milan Tuček, CSc. – *Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK a VFN, Praha*
 Mgr. et Mgr. Marek Vácha, Ph.D. – *Ústav lékařské etiky 3. LF UK, Praha*
 Prof. MUDr. Jiří Veselý, CSc. – *Klinika plastické a estetické chirurgie FN u svaté Anny a LF MU, Brno*
 Doc. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D. – *III. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha*
 Prof. MUDr. Zdeněk Zadák, CSc. – *III. interní gerontologická a metabolická klinika FN Hradec Králové*
 MUDr. Blanka Zlatohlávková, Ph.D. – *Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Praha*
 Prof. MUDr. Eduard Zvěřina, DrSc., FCMA – *Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK a FN Motol, Neurochirurgická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha*
 Prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc. – *Masarykův onkologický ústav, Brno*

Obsah

ÚVOD	15
Předmluva rektora Univerzity Karlovy	
Tomáš Zima	15
Předmluva děkana 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy	
Aleksi Šedo	17
Základní etické principy lékařského povolání platí stále a budou platit dál	
Milan Kubek	19
Etické problémy medicíny 21. století, výzva, která nás čeká	
Helena Stehlíková	21
Etické problémy medicíny na prahu 21. století	
Radek Ptáček, Petr Bartůněk	23
1 ETIKA V ŠIRŠÍCH SOUVISLOSTECH	25
1.1 Medicína 21 – tavící kotel a nejasná budoucnost zdravotnických systémů	
Helena Haškovcová	27
1.1.1 Solidarita jako základní princip	27
1.1.2 Eroze solidarity	29
1.1.3 Vše lze koupit, pokud na to máte	30
1.1.4 <i>Human enhancement</i>	32
1.1.5 Rozpouštění zdravotnických systémů	33
1.2 Význam a šíře etiky v klinické praxi	
Jan Žaloudík	35
1.2.1 Etika a svědomí lékaře	37
1.2.2 Etika a odpovědnost lékaře	38
1.2.3 Etika v komunikaci s nemocným	40
1.2.4 Etika vztahů mezi lékaři	41
1.2.5 Etika a ekvita	42
1.2.6 Etika a pokrok v medicíně a technologiích	43
1.2.7 Etika veřejného zdravotnictví versus etika klinické medicíny	46
1.2.8 Etika ve světě medicíny ovlivňovaném ekonomikou a politikou	47
1.2.9 Rekapitulace etiky jako teorie morálky	
a medicíny jako morálky praxe	47
1.3 Etika medicíny 21. století v historických kontextech	
Marta Munzarová	51
1.3.1 Historie lékařské etiky	51
1.3.2 Selhání lékařů	52
1.3.3 Dnešní situace – hodnoty společnosti, biomedicína a bioetika	53
1.3.4 Jaká etika pro lékařskou etiku ve 21. století?	55

1.4	Etické problémy medicíny 21. století z právního pohledu	
	Jan Mach	59
1.4.1	Změna vztahu lékaře a pacienta oproti 20. století	59
1.4.2	Lékař a pacient v první polovině 20. století v Čechách	60
1.4.3	Lékař a pacient ve druhé polovině 20. století v Čechách	60
1.4.4	Lékař a pacient ve 21. století	61
1.4.5	Genetické poznání a ochrana lidského genomu	63
1.4.6	Reprodukční technologie	64
1.4.7	Transplantace	65
1.4.8	Péče o staré lidi a pacienty s poruchami kognitivních funkcí	66
1.4.9	Prodlužování života a péče o umírající	68
1.4.10	Medicínský experiment – lidé a zvířata jako předmět výzkumu	71
1.4.11	Klonování	76
1.4.12	Ekonomické limity v medicíně	77
1.5	Lékař a pacient ve 21. století	
	Radek Ptáček	83
1.5.1	Medicína bez pacientů	83
1.5.2	Medicína bez empatie	86
1.5.3	Medicína bez lékařů	87
1.5.4	Medicína bez medicíny	89
2	ETIKA MEZI VÝZKUMEM A KLINICKOU PRAXÍ	93
2.1	Kmenové buňky a jejich etické problémy	
	Radim Brdička	95
2.1.1	Co jsou kmenové buňky a jejich „typy“	95
2.1.2	Výzkum na kmenových buňkách	96
2.1.3	Kmenové buňky jako léčebný prostředek	97
2.1.4	Etické problémy embryonálních kmenových buněk	98
2.2	Etické souvislosti personalizované medicíny	
	Pavel Hamet	103
2.2.1	Definice personalizované medicíny	103
2.2.2	Vývoj personalizované medicíny v historii	103
2.2.3	Dlouhá je cesta od monogenních chorob k polygenním problémům většiny nemocí	104
2.2.4	Realističtější pohled na genetickou předpověď	104
2.2.5	Etické problémy spjaté s vývojem personalizované medicíny	105
2.3	Etické souvislosti při přípravě produktů z lidských tkání pro léčebné použití u člověka	
	Ján Karkoška	109
2.4	Etické aspekty farmakogenetiky	
	František Perlík	115
2.4.1	Farmakogenetika/farmakogenomika	115
2.4.2	Vývoj nových léčiv	116
2.4.3	Farmakogenetický screening v klinické praxi	117
2.4.4	Legislativní doporučení ovlivňující vývoj a používání léčiv	119

2.4.5	Diagnostika a léčení závislosti	120
2.4.6	Specifické etické aspekty	121
2.5	Malé RNA – relativně bezproblémový terapeutický prostředek i cíl	
	Jana Faltýnková, Petr Svoboda	123
2.5.1	Mechanismy miRNA a RNAi	123
2.5.2	Savčí miRNA a RNAi – jeden mechanismus, různé role	125
2.5.3	miRNA ve zdraví a nemoci	126
2.5.4	Diagnostika miRNA	128
2.5.5	Terapeutika RNAi	128
2.5.6	Etické aspekty terapeutiky RNAi – skutečné a hypotetické	129
2.6	Kmenové buňky v regenerativní medicíně	
	Eva Syková, Josef Syka	133
3	ETIKA V KLINICKÉ PRAXI.	139
3.1	Etická úskalí a šance hygieny a epidemiologie v kontextu veřejného zdravotnictví	
	Vladimír Bencko	141
3.1.1	Metodické postupy	142
3.1.2	Současná úskalí financování primární prevence	146
3.1.3	Etické problémy epidemiologických studií	148
3.1.4	Možnosti prevence	150
3.1.5	Falešné karty antivakcinačních aktivit	151
3.1.6	Možnosti prevence antivakcinačních aktivit	152
3.2	Etika a neurologie	
	Martin Bojar.	157
3.2.1	Pokroky v neurologii	157
3.2.2	Závažné, nevyléčitelné a věkově vázané nemoci nervového systému – nové paradigma a bioetické otázky	158
3.2.3	Etické problémy spojené s neuro-neonatologickou péčí, neurointenzivní péčí a s novými diagnostickými a léčebnými metodami využívanými v neurologii	161
3.3	Otázky etiky a etické problémy v primární péči	
	Svatopluk Býma	165
3.4	Anesteziologie a intenzivní medicína v novém století – etika všedního dne	
	Karel Cvachovec	171
3.5	Etická komise pro otázky spojené s činností lékařské posudkové služby	
	Libuše Čeledová, Rostislav Čevela	177
3.5.1	Lékařská posudková činnost jako veřejná služba	177
3.5.2	Etika posudkově medicínských kritérií	178
3.5.3	Úloha posudkových lékařů v posuzování invalidity	179
3.5.4	Rozsudek Nejvyššího správního soudu – kazuistika	179
3.5.5	Metodický pokyn pro postupy posudkových komisí MPSV při posuzování zdravotního stavu pro účely opravných řízení	182
3.5.6	Etická komise lékařské posudkové služby rezortu MPSV ČR	183

3.6	Etické výzvy 21. století pro kritické stavy a intenzivní medicínu	
	Jarmila Drábková	187
3.6.1	Nové evropské dokumenty pro intenzivní medicínu a péči	192
3.6.2	Nové diagnózy	192
3.6.3	Omyly a pochybení	196
3.6.4	Příčiny a možnosti prevence	196
3.6.5	Implementace nových zachraňujících postupů do veřejné sféry	197
3.6.6	Lékařsky asistované umírání a smrt – trvající diskuze o posláních a roli lékařů	198
3.6.7	Morální distres	199
3.6.8	Etika a monetika jako výzva pro 21. století	199
3.7	Dědičné metabolické poruchy	
	Věra Franková, Pavel Ješina, Viktor Kožich	205
3.7.1	Diagnostika DMP a nové technologie	206
3.7.2	Nákladnost léčby DMP a princip spravedlnosti	212
3.8	Etické aspekty v prenatální medicíně	
	Radovan Hrubý, Peter G. Fedor-Freybergh	215
3.9	Etické souvislosti gerontologie a geriatrie 21. století	
	Iva Holmerová	223
3.10	Etické problémy transplantací orgánů	
	Robert Lischke	229
3.10.1	Dárcovství orgánů od zemřelých dárců	229
3.10.2	Dárcovství orgánů od žijících dárců	230
3.10.3	Alokace orgánů od zemřelých dárců	231
3.10.4	Potvrzení smrti	232
3.10.5	Obchod s orgány	232
3.10.6	Využití vězňů odsouzených k smrti jako dárců orgánů	233
3.10.7	Xenotransplantace	233
3.11	Etické problémy klinické genetiky	
	Milan Macek, Markéta Havlovicová, Václava Curtisová, Hana Ptáčková, Milan Macek, jr.	235
3.11.1	Genetické testování	236
3.11.2	Genetické poradenství	236
3.12	Etické a jiné problémy plastické chirurgie současnosti	
	Jan Měšťák	243
3.12.1	Plastická chirurgie současnosti	243
3.13	Etické a sociální aspekty dětské a dorostové psychiatrie	
	Ivo Paclt	249
3.14	Etika v české chirurgii ve 21. století	
	Pavel Pafko	255
3.14.1	Informovaný souhlas a komunikace chirurga s pacientem	255
3.14.2	Komunikace mezi lékaři	256
3.14.3	Vztahy přednosta a lékařů oddělení	257

3.15 Etika v léčbě bolesti

Richard Rokyta, Jitka Fricová	259
3.15.1 Vztah lékaře a pacienta	261
3.15.2 Morálka ve vztahu lékaře-algeziologa a pacienta trpícího bolestí	261
3.15.3 Akutní bolest	264
3.15.4 Chronická bolest	264
3.15.5 Etické aspekty u pacienta trpícího nádorovou bolestí	265
3.15.6 Problém informovaného souhlasu s analgetickou léčbou	265
3.15.7 Nekompetentní pacient	266
3.15.8 Léčba bolesti u dětí	266
3.15.9 Léčba bolesti, klinický výzkum a jeho etické problémy	267
3.15.10 Organizace léčby bolesti ve světě a v České republice	268

3.16 Etické problémy v onkologii

Hana Stankušová	271
3.16.1 Sdělování onkologické diagnózy	272
3.16.2 Psychosociální podpora pacienta v průběhu jeho nemoci	274
3.16.3 Zařazování pacientů do klinických studií pro výzkum nových léků	276
3.16.4 Ukončení agresivní onkologické léčby	277
3.16.5 Péče o umírající pacienty	278
3.16.6 Alternativní metody, léčitelství	280

3.17 Etické problémy v obezitologii

Štěpán Svačina	283
3.17.1 Obezita a její komplikace	283
3.17.2 Etický a neetický přístup k obézním lidem	283
3.17.3 Výživa – nejméně etický obor vůbec	284
3.17.4 Bariatrická chirurgie a etika	285

3.18 Ošetrovatelská etika ve 21. století

Dita Svobodová	287
3.18.1 Etický kodex Mezinárodní rady sester	288
3.18.2 Úloha sester v moderním ošetrovatelství	288
3.18.3 Etické výzvy v péči o geriatrické pacienty	289

3.19 Etické problémy v urgentní medicíně

Jana Šeblová	293
3.19.1 Člověk a technologie v urgentní medicíně	293
3.19.2 Všeobecná dosažitelnost informací a fenomén sociálních sítí	295
3.19.3 Stárnutí populace a dopady tohoto trendu v praxi zdravotnických záchraných služeb a urgentních příjmů	297
3.19.4 Globalizace a multikulturní otázky	299

3.20 Etické problémy v nefrologii

Vladimír Tesař	301
3.20.1 Etické problémy spojené s dostupností náhrady funkce ledvin	301
3.20.2 Etické problémy spojené s úhradou dialyzační léčby a výběrem dialyzační metody	303
3.20.3 Etické problémy transplantace ledvin	304
3.20.4 Etické problémy spojené s nákladnou léčbou nemocí ledvin	306

3.21	Etické problémy v pracovním lékařství	
	Milan Tuček	307
3.21.1	Mezinárodní etický kodex pro odborníky v ochraně zdraví při práci	310
3.22	Etické problémy v oblasti preventivní medicíny	
	Michal Vrablík	317
3.22.1	Preventivní kardiologie: jeden příklad za všechny	317
3.22.2	Etika v preventivní medicíně	318
3.23	Metabolismus a výživa	
	Zdeněk Zadák, Eduard Havel	323
3.23.1	Obecná role výživy a hydratace v terminálním stavu	323
3.23.2	Problémy energetické rovnováhy	324
3.23.3	Etické a praktické problémy hydratace a výživy	325
3.23.4	Základní praktické problémy podávání výživy	326
3.23.5	Terminální péče smrtelných onemocnění	328
3.23.6	Etické problémy protestní hladovky	329
3.23.7	Etické a medicínské problémy extrémních dietních systémů	330
3.23.8	Etické a právní problémy nutrigenomiky	330
3.24	Etické problémy neonatologie 21. století	
	Blanka Zlatohlávková	333
3.24.1	Příběh první – nezralí novorozenci	333
3.24.2	Příběh druhý – novorozenci s vrozenými vývojovými vadami	336
3.24.3	Příběh třetí – donošení novorozenci	337
3.24.4	Výzkum v neonatologii	339
3.25	Neurochirurgie – etické problémy 21. století	
	Eduard Zvěřina	343
3.25.1	Základní obor, samostatnost neurochirurgie a etika	343
3.25.2	Etika a finanční ohodnocení neurochirurga	347
3.25.3	Technická současnost a futurologie neurochirurgie, etické problémy	348
4	SPECIÁLNÍ OTÁZKY V KLINICKÉ PRAXI	351
4.1	Etika hospicové péče ve 21. století	
	Ladislav Kabelka	353
4.2	Etické aspekty alogenních transplantací tkáňových celků v rekonstrukční chirurgii	
	Martin Molitor, Jiří Veselý, Jan Měšťák	359
4.2.1	Historie vnímání tělesné dokonalosti	359
4.2.2	Vliv vnímání dokonalosti těla na sociální vztahy	360
4.2.3	Rozvoj maskovacích metod	361
4.2.4	Rozvoj rekonstrukčních metod	362
4.2.5	Začátky replantační chirurgie	363
4.2.6	Vývoj rekonstrukční transplantační chirurgie	363
4.2.7	Medicínské a etické zdůvodnění rekonstrukčních alogenních transplantací	364

4.3	Superradikální devastační výkony a rekonstrukce u pokročilých nádorů v oblasti hlavy a krku – etické úvahy	
	Martin Molitor, René Foltán, Jan Měšťák	371
4.3.1	Léčba nádorů v oblasti hlavy a krku	371
4.3.2	Kvalita života onkologických pacientů	372
4.3.3	Medicínské a etické otázky	373
4.4	Dožijeme se epidemie zhoubných onemocnění?	
	Karel Smetana	379
4.4.1	Biologická determinace: evoluce regenerace/hojení a výskyt nádorů	379
4.4.2	Jaký je věkový limit u <i>Homo sapiens sapiens</i> ?	380
4.4.3	Je věk nejvýznamnějším kancerogenem?	380
4.4.4	Čeká nás nárůst maligních onemocnění?	381
4.4.5	Terapie nádorů a její etická úskalí nyní a v budoucnu	381
4.5	Etické aspekty terapeutických kastrací sexuálních deviantů v ČR	
	Jiří Švarc	383
4.5.1	Definice, indikace a důsledky kastrace v terapii parafilií	383
4.5.2	Rada Evropy a její snaha o zákaz kastrací v ČR	384
4.5.3	Současná právní úprava v ČR	385
5	SPECIÁLNÍ INTERDISCIPLINÁRNÍ OTÁZKY	387
5.1	Biologické paradigma smrti – urgentní výzva pro lékařskou etiku 21. století	
	David Černý, Adam Doležal, Kateřina Rusinová	389
5.1.1	Obsahové vymezení biologického paradigmatu	389
5.1.2	Ustavení paradigmatu	391
5.1.3	Kritika	394
5.1.4	Reakce na krizi paradigmatu	396
5.2	Empatie v lékařské etice	
	Veronika Francová, Karel Hnilica	401
5.2.1	Empatie u mediků a lékařů	402
5.2.2	Změna empatičnosti v průběhu studia medicíny	403
5.2.3	Empatická bolest u lékařů, její kontrola a automatická suprese	404
5.3	Zastavte výrobu nových chorob!	
	Radkin Honzák	411
5.4	Konceptualizace morálního smyslu a neurovědní výzkum	
	David Krámský.	417
5.4.1	Morálka jako smysl	417
5.4.2	Sobectví	419
5.4.3	Amorální mozek	419
5.4.4	Amoralita jako psychopatie	423
5.4.5	Morální funkce mozku	424
5.5	Stavovský předpis České lékařské komory č. 10 – Etický kodex České lékařské komory, komentář k jednotlivým ustanovením	
	Miloš Máca	431

5.6 Otázky interkulturality v medicíně 21. století	
Jiří Mareš	449
5.6.1 Terminologické aspekty	450
5.6.2 Interkulturalita ve zdravotnictví a pojem interkulturní zdraví	451
5.6.3 Interkulturní citlivost, interkulturní kompetence	452
5.6.4 Interkulturalita a poskytování zdravotní péče v ČR	453
5.6.5 Příklady eticky citlivého interkulturního postupu	456
5.6.6 Interkulturalita a lékařský výzkum	458
5.7 Přístupy k řešení etických problémů v klinické praxi	
Jaromír Matějka	463
5.7.1 Žadatel konzultace	463
5.7.2 Formy konzultace	463
5.7.3 Průběh konzultace	464
5.7.4 Metodologie etické konzultace a organizační souvislosti	464
5.7.5 <i>IntegratedEthics</i> [®] program jako příklad komplexního přístupu k etickým problémům pacientů i organizace	467
5.8 Zástupné rozhodování v ČR – etické a právní aspekty	
Helena Peterková	477
5.8.1 Vývoj zástupného rozhodování v České republice	477
5.8.2 Pacient neschopný o sobě rozhodovat	478
5.8.3 Zástupné rozhodnutí činěné opatrovníkem	479
5.8.4 Zástupný souhlas podle § 34 odst. 7 zákona o zdravotních službách	479
5.8.5 Dříve vyslovená přání	480
5.8.6 Etické aspekty zástupného rozhodování	481
5.9 Dehumanizace v medicíně: rizika a přínosy	
Irena Smetáčková, Tereza Barakzihyová, Veronika Francová, Karel Hnilica	483
5.9.1 Obecné principy dehumanizace	484
5.9.2 Druhy dehumanizace	485
5.9.3 Nadřazování vlastní skupiny	486
5.9.4 Dehumanizace v medicíně	487
5.9.5 Nefunkční příčiny a podoby dehumanizace v medicíně	490
5.10 21. století: Změna paradigmatu medicíny	
Marek Vácha	497
5.10.1 Případ Angeliny Jolie	497
5.10.2 Sekvenování genomu člověka: desetiletí poté a etické následky	498
5.10.3 Genetická revoluce	499
5.10.4 Sekvenování genomu dosud nenarozených	499
5.10.5 Epigenetická revoluce	501
5.10.6 Patentování genů	502
Rejstřík	507
Souhrn	517
Summary	519

Předmluva rektora Univerzity Karlovy

Vážené kolegyně, vážení kolegové, milí čtenáři,

do rukou se vám dostává kniha rozsáhlého autorského kolektivu lékařů, psychologů, právníků i teologů věnovaná etice a komunikaci v medicíně. Monografie je originálně koncipovaná. Kromě obecných kapitol je zaměřena na specifika a odlišnosti většiny klinických oborů. Podstatná část je věnována komunikaci s různými skupinami nemocných při zohlednění jejich typu chování, zdravotního stavu či věku. Předností knihy je skutečnost, že autorský tým je tvořen významnými lékaři s dlouholetou klinickou praxí, bohatými životními zkušenostmi, ale rovněž i předními badateli základního výzkumu, včetně zkušených specialistů z řady oborů mimo lékařství.

Etika má základ v řeckém slově *ethos* čili mrav a studuje morálku a morální jednání, včetně norem při posuzování lidského konání z hlediska dobra a zla. Etika se v průběhu dějin významným způsobem vyvíjela – od Platonovy teze o transcendentní ideje dobra, resp. tří charakteristik člověka, totiž žádostivosti, vůle a rozumu, přes Aristotelovu teorii středu, křesťanské tradice k novověkým myslitelům, teorii utilitarizmu přes Kantův kategorický imperativ vycházející z motivů jednání, nikoliv jejich důsledků, až po existencialismus.

Etický imperativ lékařství vždy poskytovat pomoc trpícímu však má díky moderním diagnostickým a terapeutickým metodám a postupům takové konotace, které staví rozhodování lékaře před dosud nepoznaná dilemata právě z hlediska morálky.

Všechny formy komunikace v lidském společenství jsou esenciální pro navázání účinného kontaktu, spolupráce a porozumění. Více než v kterémkoliv jiném oboru je to patrné v lékařství. Naprostá většina problémů a stížností ve zdravotnictví jde totiž na vrub nedostatečně či nesprávně volené komunikace mezi zdravotníky a pacienty.

Informační exploze posledních let spolu s moderními technologiemi zasahující téměř všechny obory lékařství, netušený rozvoj informatiky a komunikace prostřednictvím sítí a portálů umožňují rychleji komunikovat, avšak často na úkor vzájemného osobního lidského kontaktu, který byl a je nezastupitelný.

Věřím, že tato kniha přispěje nejen odborníkům, studentům, ale i široké veřejnosti k alespoň částečnému objasnění etických otázek, které si v medicíně klademe a na které společně hledáme odpovědi.

Prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA
Rektor Univerzity Karlovy v Praze

Předmluva děkana 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy

Medicína je disciplínou plnou dilemat. Jak svých vlastních, vyplývajících z podstaty oboru, tak i těch, které do ní vnášejí její četné interakce se „světem kolem“, nebo přesněji se „všemi dalšími světy kolem“. Jsme hrdí na měřitelné, reprodukovatelné, popsatelné a uchopitelné pokroky biomedicínské vědy a zároveň jsme si vědomi, že tyto pokroky přinášejí i nová dilemata, která se řadí po bokům těm dosavadním.

V obecné rovině je rozhodování medicínských profesionálů snadné – je třeba konat ve prospěch pacienta. Ale zároveň je mnohdy těžké rozhodnout, co je vlastně ono „dobro“. V dané situaci, pro konkrétního člověka. Dějiny a vývoj etiky, jakožto filozofické disciplíny, jasně ukazují, že v nerozhodnosti nejsme sami a že není žhavým produktem postmoderní doby, ale inherentní vlastností etiky samé.

Velkou hodnotou publikace je široký záběr témat, generovaných moderní medicínou, ilustrující ona dilemata tak, jak se s nimi lékaři a jejich pacienti mohou setkávat. Z mého pohledu snad ještě větší její hodnotou je pohled do budoucnosti, pokus o anticipaci. Nabízí se paralela s imunitním systémem, který pomocí somatických rekombinací proaktivně připravuje odpovědi na hrozby, s nimiž jsme se ještě ani nesetkali, a který rovněž může pro jeden problém nabídnout více funkčních a fungujících řešení. Je to paralela filozoficky-intelektuální ekvilibristiky s biologickou mnohotvárností a dynamikou. Hnací sílu obou těchto vrstev můžeme vidět každý v jiných zdrojích, stejně jako se můžeme v dobré víře lišit v pohledu na řešení některých etických otázek.

Přeji nám všem, abychom své souboje živené svobodnou vůlí sehrávali a vyhrávali na co nejširším sdíleném etickém poli.

Prof. MUDr. Aleksi Šedo, DrSc.
Děkan 1. LF UK v Praze

Základní etické principy lékařského povolání platí stále a budou platit dál

Zatímco lékařská věda uhání mílovými kroky kupředu a současná medicína nemá již prakticky nic společného s lékařstvím v časech Hippokratových, středobod našeho snažení, tedy tělo a duše nemocného člověka, zůstávají stejné. Identické jsou strachy, přání a očekávání našich pacientů, stejné jsou i pochybnosti, obavy a výčitky svírající duše nás, lékařů.

Medicína 21. století čelí a jistě bude čelit novým výzvám odborným, organizačním i ekonomickým, avšak za neméně důležitou výzvu považují dnes i v budoucnu dodržování základních etických principů lékařského povolání. Principů, které se bez ohledu na časem proměnlivé vztahy mezi lékaři a pacienty dají odvodit ze dvou základních pravidel:

„*Primum non nocere.*“ – Především neškodit.

„*Salus aegroti suprema lex.*“ – Zdraví pacienta je nejvyšším zákonem.

Bezvýhradné dodržování těchto etických pravidel zůstává základním předpokladem pro existenci onoho zvláštního vztahu důvěry mezi pacientem a jeho lékařem. Vztahu, který není možno redukovat na pouhý obchodní vztah někoho, kdo nějakou službu potřebuje, a druhého, který ji prodává.

Komeracionalizace medicíny a současná nadvláda ekonomů ve zdravotnictví stále více narušují etické principy, kterými se mají v zájmu pacientů řídit lékaři při výkonu svého povolání. Prospěch pacienta musí být vždy prioritou práce a snažení lékaře, který nesmí ordinovat neúčelné léčebné a diagnostické úkony ze zjištěných motivů. Při léčbě pacientů se nemůže řídit hledisky komerčními, ale vždy výhradně svým svědomím a svými znalostmi. Nezávislost lékaře při rozhodování o způsobu léčby je základní a nejdůležitější podmínkou bezpečnosti pacientů.

Největším dilematem moderní medicíny je nepochybně hledání pokud možno spravedlivého kompromisu mezi „neomezenými“ možnostmi lékařské vědy na straně jedné a omezenými finančními zdroji na straně druhé. Tento problém se více či méně úspěšně snaží řešit všechny vyspělé státy, přičemž žádné zázračné řešení pochopitelně neexistuje. Ani zdravotnictví totiž není perpetuum mobile a nemůže fungovat bez peněz. Prosazování ekonomických pravidel, jemuž se lze jen stěží vyhnout, však nesmí narušovat etický rozměr lékařského povolání. Platí přitom jasná úměra, že čím jsou výdaje na zdravotnictví v dané zemi nižší a čím pod větší ekonomický tlak se zdravotnictví dostává, tím více pak bezpečnost pacientů závisí na morální integritě lékařů.

Schopnost odolat pokušení, odvaha říci „ne“, když je tomu třeba, a tedy zachování si své vlastní sebeúcty, to jsou podle mého názoru ty nejkonkrétnější příspěvky k tomu, jak každý z nás ve své každodenní praxi může napomáhat dodržování neměnných základních etických imperativů naší profese. Zní to jednoduše a prostě, ale každý z nás ví, jak obtížné je vždy a za každých okolností těmto morálním závazkům dostát tak, abychom i my mohli, podobně jako pruský filozof Immanuel Kant, obdivovat hvězdné nebe nad hlavou a mravní zákon v sobě. Držím nám všem palce, ať se to podaří.

MUDr. Milan Kubek
Prezident České lékařské komory

Etické problémy medicíny 21. století, výzva, která nás čeká

Stojíme na prahu 21. století a již nyní je zřejmé, že lékařská věda a výzkum jdou kupředu stále se zrychlujícím tempem a je nemožné dohlédnout, kam až dospějí do konce století. Dotýkáme se stále více podstaty genetické informace a systému buněčných regulací, technický pokrok přináší nové materiály a technologie, které nahrazují lidské tkáně a orgány. Rozvoj farmakoterapie nás zbavil strachu z některých dříve život ohrožujících nemocí, přináší ale i nová rizika. Neurovědci popisují detaily principu fungování našeho řídicího centra, lidský mozek poznává sám sebe čím dál více. Člověk nikdy neměl tolik vědomostí o tom, jak lidské tělo funguje a jak se dá opravovat. **Z medicíny se stává hospodářské odvětví s velkým finančním obratem, velkým ekonomickým a politickým vlivem, prospěch pacienta se může snadno dostat do pozadí zájmu.** Co se však na prahu třetího milénia nemění, je člověk sám ve své podstatě. Naše tělo je stejné jako v roce nula, neuronální mozkové síť řídí naše reakce stále stejně jako kdysi. Jako dříve podléháme stejným emocím, máme v nemoci strach, úzkost, bolest, obavy o svou budoucnost či život. Nemocný člověk bude od lékaře vždy žádat nejen nejvyšší odbornost, ale i laskavost, porozumění, vlídnou, a hlavně srozumitelnou komunikaci. V praxi vidíme, že nejvíce stížností, se kterými se lidé obracejí na Etickou komisi ČLK, není odborného charakteru, ale jde o stížnosti na způsob chování a jednání lékařů, v podstatě na nedostatečnou nebo nesrozumitelnou komunikaci. Lidé nové metody medicíny neznají a žádají podrobnější vysvětlení, nebo naopak nastudovali na internetu příliš mnoho nejasných informací a jsou zmateni.

Čím více se lékařská věda rozvíjí, tím více se dotýká různých rozmanitých stránek lidského života. Správná komunikace bude třeba k tomu, aby nedošlo při léčbě či výzkumu k porušení lidských práv. **V současné době dochází kromě rozvoje medicíny i k její globalizaci.** Nové léčebné či výzkumné postupy mohou být nahlíženy v různých zemích odlišně, při jejich hodnocení je třeba zohlednit různé kulturní, náboženské a společenské souvislosti a přitom zachovat základní univerzálně platné principy lékařské etiky.

Organizace pro vzdělávání, vědu a kulturu při OSN (UNESCO) připravila návrh **doporučení základních osnov výuky etiky v biomedicíně.** Tyto osnovy popisují čtrnáct okruhů aplikace etických principů v biomedicíně: Lidská důstojnost a lidská práva, Prospěch a poškození, Autonomie a individuální zodpovědnost, Souhlas, Osoba bez schopnosti poskytnout souhlas, Respekt k lidské zranitelnosti a osobní integritě, Soukromí a důvěrnost, Rovnost, spravedlnost a vlastní kapitál, Ne-diskriminace a ne-stigmatizace, Respekt ke kulturní různosti a pluralizmu, Solidarita a spolupráce, Sociální odpovědnost a zdraví, Sdílení přínosů a Ochrana příštích generací. Osvojení si a dodržování těchto principů by mělo být součástí vzdělání všech lékařů. Veškerá lékařská činnost pak může být užitím těchto aplikací poměřována z hlediska zachování lékařské etiky.

Stálý výbor evropských lékařů (CPME), jehož je Česká lékařská komora členem, vypracoval v roce 2009 na základě těchto doporučení vlastní dokument, který představuje doporučení pro tři hlavní oblasti aplikace lékařské etiky v každodenní lékařské praxi, tj. pro souhlas, důvěrnost a lidská práva.

Pro oblast výzkumu je pak všeobecně závazná Helsinská deklarace etických principů pro lékařský výzkum týkajících se lidských subjektů, jejíž novela byla přijata v roce 2013.

Všechny tři dokumenty, mimo jiné, kladou hlavní důraz na pravdivou, správnou, přesnou a srozumitelnou komunikaci lékaře s pacientem.

V době prudkého technického rozvoje medicíny je význam lékařské etiky nezastupitelný a přísné dodržování univerzálních principů lékařské etiky je základní pojistkou proti postupům vedoucím ke zneužití medicíny či k jejímu sklouznutí na šikmou plochu.

MUDr. Helena Stehlíková

Předsedkyně Etické komise České lékařské komory

Etické problémy medicíny na prahu 21. století

Současné 21. století je obvykle vnímáno jako velký zlom. Nové století představuje nové výzvy, přináší nové naděje, ale také nové problémy i nové hrozby. Pro běžného člověka ani celý svět ovšem změna listu v kalendáři neznamena vůbec nic. Život běží svým nezadržitelným tempem, a to bez ohledu na den, rok nebo století. Totéž platí pro oblast lidského zdraví. Kriticky nemocného pacienta, a v podstatě ani jeho ošetřujícího lékaře, v momentu boje o život nezajímá, co bylo včera a co možná přinese zítřek. Zajímá je pouze, co je v dané situaci možné. V tomto kontextu vznikala předkládaná publikace. Jsme sice na prahu 21. století, ale to, co bude za tímto prahem, můžeme jen tušit.

Původní název publikace měl znít *Etické problémy medicíny 21. století*. Při zpracování tématu i při diskuzi s našimi významnými kolegy jsme si uvědomili, že jakákoliv možnost predikce etických problémů plynoucích z doposud možná ani netušeného technologického vývoje je nejen velmi omezená, ale i pravděpodobně zcela nemožná. Proto jsme název publikace redigovali na *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*, který lépe odpovídá obsahu a možnostem publikace. Zůstáváme takto s lékaři, zdravotníky a pacienty v současnosti, která přináší své otázky a problémy. Úvahám o tom, co „jednou bude“, se samozřejmě nelze zcela vyhnout. Přirozená lidská zvědavost a neustálá snaha nahlížet za prahu a hranice současnosti je základním motorem poznání a vývoje nejen v medicíně, ale veškeré lidské činnosti.

Cílem publikace je vytvořit editovanou monografii, která se bude zabývat šíří etických a souvisejících problémů v moderní medicíně. Vzhledem k mimořádně šíři díla, jak z hlediska rozsahu, tak počtu spoluautorů, editoři zcela záměrně ponechali určitou volnost ve zpracování zadaného tématu. Patrný je zde rozdíl v pohledu lékařů, zdravotníků, biologů, psychologů, filozofů, ale např. i teologů. Etické problémy, zvláště v oblasti medicíny a zdravotnictví, nelze vtěsnat do jednoho uceleného díla. Vzniká tak „tribuna názorů“, ve které autoři diskutují a prezentují svůj pohled na moderní medicínu a její etické souvislosti. Současné je rovněž patrné, jak odlišné je vnímán pojem etika a jeho obsah.

Jednou ze základních předností této publikace je skutečnost, že jednotlivým tématům se věnovali naši přední odborníci v daných oborech. Významné osobnosti, které jsou v každodenním kontaktu s danou problematikou, řešenou i několik desítek let. Jejich názory a pohledy jsou důležité proto, že odrážejí reálnou úroveň propojenosti daných problémů nebo oborů s etikou a šířeji i etickým uvažováním. Je proto možné, že někteří autoři uchopili svoji kapitolu s primárním důrazem na prezentaci rozvoje a aktuálního stavu poznání v dané oblasti, s malým dovětkem o možných etických souvislostech. Jako editoři jsme se i s recenzentem publikace zamýšleli, do jaké míry takové příspěvky do této publikace patří. Došli jsme k názoru, že ano – publikace je odrazem etiky a etického uvažování v medicíně a zdravotnictví na prahu 21. století. V určitém smyslu tak podává svědectví pro dobu dnešní i budoucí, jak se o etice uvažuje, jaký má význam v jednotlivých oborech a jak k ní přistupují reprezentanti jednotlivých oborů přelomu 20. a 21. století. Tento aspekt jsme jako editoři při sestavování publikace vnímali jako nejvýznamnější. Publikace tedy není učebnicí ani systematickou monografií, ale je svědkem a průvodcem stavu etiky v medicíně dnešní doby.

Publikace je tvořena pěti základními bloky: (1) Etika v širších souvislostech, (2) Etika mezi výzkumem a klinickou praxí, (3) Etika v klinické praxi, (4) Speciální otázky

v klinické praxi a (5) Speciální interdisciplinární otázky. První blok se zaměřuje na širší problematiku etiky v medicíně a zdravotnictví v jejích celospolečenských a historických souvislostech. Etické problémy jsou zde uvedeny ve velmi závažných kontextech, které jistým způsobem vytvářejí až apel na nutnost neodchýlit se od etické roviny medicíny v překotném vývoji technologií a medicínského poznání.

Této problematice se věnuje druhá část *Etika mezi výzkumem a klinickou praxí*. Pojednány jsou zde etické otázky speciálních témat, která mohou být pro medicínu revoluční a jejichž možnosti zatím jen tušíme. Jedná se např. o témata kmenových buněk, farmakogenomiky, personalizované medicíny aj.

Na tento blok navazuje část třetí *Etika v klinické praxi*. Zde se jednotliví autoři snaží akcentovat nové otázky související právě s výrazným celospolečenským i vědeckým vývojem. Právě tento blok je v jistém smyslu „reprezentativní stopou“ stavu etiky v medicíně dnešní doby.

Závěrečný blok se věnuje speciálním otázkám. Jedná se o témata výsostně etická, např. přístupy k řešení etických problémů v klinické praxi, otázky zástupného rozhodování, ale i témata poukazující na kontroverzní otázky dnešní medicíny, např. příspěvek *Zastavte výrobu nových chorob!* Řada autorů se pak věnuje tématům, která se prolínají celou medicínou, všemi obory a často představují nevyřčené otázky, např. témata dehumanizace a empatie v medicíně nebo otázky konceptualizace morálního smyslu.

Předkládaná publikace je pro dnešní dobu diskuzním fórem, „tavícím kotlem“, jak svůj příspěvek nazvala Helena Haškovcová. Pro dobu budoucí pak podle názoru editorů představuje důležitou reflexi stavu lékařské etiky na prahu 21. století.

Jsme přesvědčeni, že publikace, která je výsledkem usilovné práce více než 60 autorů, bude inspirací pro lékaře, zdravotníky i všechny, kterých se problematika týká.

PhDr. et PhDr. Radek Ptáček, Ph.D., MBA

Doc. MUDr. Petr Bartůněk, CSc.

Editori publikace

Česká lékařská komora, 1. LF UK v Praze



1

**ETIKA
V ŠIRŠÍCH SOUVISLOSTECH**

1.1 Medicína 21 – tavící kotel a nejasná budoucnost zdravotnických systémů

Helena Haškovcová

Co bývalo, už není, co je, bude změněno. Tento obecně známý a moudrý postřeh platí i pro medicínu 21. století. Lze důvodně předpokládat, že v jednotlivých lékařských oborech dojde k dalšímu exponenciálnímu nárůstu nových vědeckých poznatků a technologií, ze kterých budou mít radost vítězíci lékaři a uzdravení pacienti. Při zavádění budoucích diagnostických a léčebných novinek do praxe si však nutně a opakovaně budeme klást nejdůležitější etickou otázku, zda můžeme a máme dělat všechno, co umíme nebo umět budeme, a to v souvislosti s případnými negativními důsledky, které lze očekávat, anebo které teprve překvapivě vyvstanou. Hledání odpovědi na takovou otázku bude především v kompetenci odborníků jednotlivých oborů, ale s jejich stanovisky by měla být postupně seznamována nejen širší odborná, ale i laická veřejnost. To proto, že dilematický charakter odpovědi bude vyžadovat konsenzus, který se pak nutně odrazí nejen v platných zákonech, ale především v lékařské praxi.

V českém prostředí bychom již nyní měli tematizovat zatím opomíjenou problematiku, která s očekávaným vývojem souvisí, totiž kde budou lékaři poskytovat své mimořádně kvalitní a efektivní služby a pro které pacienty vlastně budou dostupné. Jinak řečeno: **jak se změní celý náš tradiční zdravotnický systém?** Předpokládat, že se prakticky nezmění, nebo jeho korekce budou prováděny pouze ve vztahu k alokacím finančních zdrojů, by bylo nejen nezodpovědné, ale šlo by o velkou strategickou chybu. I když vždy limitované finanční zdroje jsou i v současnosti v centru pozornosti ekonomů a organizátorů zdravotnictví, přece je povinností odborníků z oblasti lékařské etiky zdůraznit, že **konstrukce dobře fungujících zdravotnických systémů se podstatným způsobem odvíjí od hodnotových orientací, nebo by se od nich odvíjet měla.** A protože etika usiluje především o to, co má být, je třeba uvažovat o dominantní hodnotě (nebo relativně uceleném hodnotovém systému), která zdravotnické systémy zakládá, a s respektem k ní je možné stanovit také to, co být může, nebo nemá. A právě na takové stěžejní hodnotě se musíme dohodnout s vědomím, že žádný zdravotnický systém na světě není dokonalý a každý je zatížen celou řadou různých negativ.

1.1.1 Solidarita jako základní princip

Podíváme-li se do historie a „přeskočíme-li“ do doby, kdy dramaticky vznikaly základy zdravotnických systémů, musíme konstatovat, že všeobecně sdílenou hodnotou, od které se odvíjely, byla silná společenská solidarita. Ta jako uznávaný princip od 17. století postupně měnila charitativní pomoc a výlučně azylový systém péče v nemocnicích. Nejpozději od konce 19. století, s akcelerací po 2. světové válce, nelze přehlédnout nárůst odborné lékařské a ošetrovatelské péče, kdy došlo k její postupné a vítané garanci jednotlivými národními státy.

„Teprve někdy před začátkem 1. světové války průměrný pacient s průměrnou nemocí, který navštívil průměrného lékaře, mohl očekávat od tohoto setkání nějaký zdravotní prospěch“ (Holčík, Žáček, 1995).

Zejména nemocniční zařízení se časem stala „katedrálami moderní technologie, vyhledávaná a mnohými uctívaná“ (Dlouhý, 1999). Nutno zdůraznit, že zcela právem, a dodat, že jednotlivé státy byly určitou dobu schopny financovat zvyšující se náklady na stále kvalitnější péči. V posledních 30 letech se však zdravotnické systémy ve všech ekonomicky vyspělých státech potýkají s problematikou stále se zvyšující nákladovosti kvalitní péče a navrhuji různá řešení, jak vyvážit špičkové technologie a finanční zátěž.

Solidarita je významná hodnota a o její podstatě v proměnách času se lze poučit především v dílech E. Durkheima (1858–1917), který je považován za zakladatele sociologie. Abychom rozuměli dnešním problémům, je třeba připomenout alespoň podstatné Durkheimovy názory (Durkheim, 2004). Solidarita (lat. *solidus* = solidní, celkový) existovala od nepaměti a E. Durkheim kategorizoval její dvě základní formy, tj. **původní solidaritu mechanickou a pozdější solidaritu organickou**. Důležité je, že obě souvisejí se společenskou dělbou práce. Když spolu lidé pracovali tak, že na sobě byli bezprostředně závislí, a společně sdíleli radosti i starosti všedních dnů, neudivuje, že si vzájemně poskytovali adresnou pomoc. Dějiny takové vzájemné pomoci jsou pestré a korelují s nejrůznějšími formami nejen charitativních aktivit jednotlivců, ale i bohatých občanů a v neposlední řadě církví. I když uvedené formy dobrovolné, tedy charitativní a nezištné pomoci mechanické solidarity nezmizely, byly postupně nahrazeny její organickou formou. V důsledku průmyslových revolucí a urbanizace došlo nejen ke změně dělby práce, ale také životního stylu. Organická solidarita se v anonymním prostředí průmyslových měst stala základním konceptem ochrany obyvatel před bídou, ztrátou zaměstnání či realitou nemoci. Postupně realizovaná sociální a zdravotní pojištění se stala nedílnou a významnou součástí tzv. **států blahobytu (welfare state) neboli států veřejných služeb**. Státní garance za dostupnou a kvalitní zdravotní péči byly vysoké, i když doplňované nabídkami soukromých poskytovatelů a aktivitami třetího (tj. občanského) sektoru. V období po 2. světové válce nebyvalý ekonomický růst „umožňoval posilovat solidaritu“ (Meulen, Hautepe, 2012). Lidé, a zůstaňme u zdravotní péče, vítali, že je garantovaná státem, a „byli srozuměni s příslušnými daněmi“ (Meulen, Hautepe, 2012), ze kterých byla financována. Z mnohých důvodů (zejména ekonomická krize v roce 2007, zvyšující se nákladovost zdravotní péče atd.) však v posledních desetiletích dochází k redukci, nebo dokonce k demontáži států blahobytu a k výrazné erozi solidarity. Dodejme, že největšího rozkvětu doznal stát blahobytu koncem 60. let 20. století, zejména v Německu.

I když byl politický vývoj v někdejší Československu jiný a tradice mechanické solidarity byla v letech 1948–1989 přerušena, i u nás, jak dokládá řada studií, **byli lidé v období socialismu s kvalitou a dostupností lékařské péče v zásadě spokojeni**. K tomu třeba Vojtěch Krebs se spolupracovníky píše: „Sociální jištění obyvatelstva v minulosti se snad nejméně setkávalo a setkává (viz současné resentimenty na socialismus – pozn. aut.) s odsudky. Velké sociální systémy, jako je např. zdravotnictví, školství a sociální zabezpečení, v minulosti relativně dobře fungovaly“ (Krebs, 2007). Po roce 1989 většina občanů nejen uvítala, ale také se podílela na rozvoji třetího sektoru a restartu mechanické solidarity a další zlepšení zdravotnických služeb očekávala v souvislosti se vstupem soukromých subjektů do systému předtím výhradně centrálně řízeného zdravotnictví. Špičkové technologie byly následně do systému skutečně uvedeny

a mohli bychom debatovat např. o jejich problematické geografické dostupnosti. Na tomto místě však favorizujeme obecný problém, který se odvíjí od výrazné ekonomické stratifikace společnosti a následně je spojen nejen s případnou ochotou, ale také s faktickou možností nebo nemožností jednotlivých občanů uhradit stále se zvyšující finanční spoluúcast. **Jistě by bylo vrcholně etické, aby se každému člověku kdykoliv a kdekoliv dostalo náležité odborné péče, nejlépe odpovídající nejnovějším poznatkům vědy a techniky.** Je ale evidentní, že uvedená teze může být cílem, jehož naplnění se s erozí solidarity a demontáží sociálních států vzdaluje. Proto se stále častěji hovoří o **rationingu** (přidělování vzácných komodit), tedy o **stanovení kritérií, komu zdravotnické služby poskytnout, když nejsou (nebo nebudou) dostupné pro všechny.** Je třeba vyjádřit obavu, že do kategorie vzácných komodit budou možná patřit třeba i ty zdravotnické služby, které jsou dnes považovány za standardní.

1.1.2 Eroze solidarity

Politolog Jiří Pehe v předmluvě ke knize Tonyho Judta *Zle se žije zemi* správně konstatoval, že „*příběh solidárního demokratického státu je morální příběh*“ (Judt, 2011), který pomalu a jistě vyhasíná. „*Posedlost vytvářením bohatství, kult privatizace a soukromého sektoru, rozdíly mezi bohatými a chudými, nekritický obdiv k nespoutaným trhům, pohrdání veřejným sektorem, či dokonce iluze nekonečného růstu*“ nás dovedly právě do stavu „*společenské nespokojenosti*“ (Judt, 2011). Podstatné je, že přes všechny oficiální proklamace typu „svatých pravd“ týkajících se solidarity právě ona výrazně poklesla a ochota politiků i jednotlivých lidí, kteří se ztotožnili s ideály autonomního jednotlivce, jenž generuje jen svůj prospěch a (téměř výlučně finanční) zisky, usilovat o ni ve strategii svého konání prakticky neexistuje. I proto žijeme v morálním vakuu hodnotově vyprázdněné Evropy a v době charakteristické jistotou nejistot. Zapomínáme tedy, že každá (i ta ekonomická) **nerovnost redukuje solidaritu jako základní prvek sociální a společenské soudržnosti a opouští favorizované místo vysoké mravní hodnoty.** Lidé, na rozdíl od nedávné minulosti, už nevěří, že s jejich penězi povinně odváděnými na sociální pojištění budou politici zacházet odpovědně, a ve finančních transferech do zdravotnického systému celkem právem spatřují pouze účelovou technologii, nežřídka krátkozraké redistribuce (Judt, 2011) a problematické racionalizace. Nedůvěra ve správné hospodaření se svěřenými penězi je následována stále častějším přesvědčením určitých skupin obyvatelstva, že rozhodují výhradně peníze jednotlivců. „Já na to mám“, a když „ty nemáš“, máš prostě smůlu, tak to přece v tržním ekonomickém systému je a má být. Co ale s finančně insuficientními lidmi bude, stihne-li je nemoc nebo sociální nouze? Budou odkázáni výhradně na mechanickou solidaritu jako v dobách před její organickou, a tedy i organizovanou formou? Na relevanci této otázky nemění nic ani fakt, že „*v situaci, kdy nejružnější formy desocializace rozkládají systém pojištění na úrovni jednotlivých států, zaznívají překvapivě hlasy o budování jednotné, sociálně zodpovědné Evropy*“ (Keller, 2006). Eroze solidarity s následnou likvidací veřejných služeb má samozřejmě řadu příčin. Kromě krize národních států se na ní významně podílí krize globálních trhů práce a v neposlední řadě i krize nukleární rodiny. Podrobně se o tom lze poučit např. v knize Jana Kellera *Soumrak sociálního státu* (Keller, 2006). K zachování solidarity dobře míněné, ale neúčinné apely neprospějí. Její faktické udržení spočívá v uznání skutečnosti, že „*veřejné zájmy nejsou*

privatizovatelné“ prostě proto, že „přesahují horizont zájmu soukromníka“, konstatuje Liessmann a správně dodává, že „*nic, co se týká pospolitosti jako takové, a nic, na co mají lidé díky své účasti na této pospolitosti právní nárok, nesmí být degradováno na předmět soukromých zájmů*“ (Liessmann, 2010). V reálném životě jsme však svědky privatizace veřejných zájmů nebo jejich přehlížení a také jejich parcelace na individuální potřeby, které už lze naplnit koupením dané služby. Tržní ekonomika je příčinou, že žijeme v tržní společnosti, kde je každý pro každého spotřebitelem, a tedy potenciálním i faktickým zdrojem zisku.

1.1.3 Vše lze koupit, pokud na to máte

Zaslouženou pozornost nejen odborné veřejnosti vzbudila kniha Michaela Sandela *Co si za peníze nekoupíte* s podtitulem *Společnost vstupuje do nové éry, vše je na prodej* (Sandel, 2013). Autor, který je profesorem politické filozofie na harvardské univerzitě a v americké administrativě zastává post poradce pro etické souvislosti v zavádění biotechnologií, ve své publikaci dokládá, že v našem světě je opravdu vše na prodej. Závěrem konstatuje, že výjimku tvoří pouze opravdové přátelství a Nobelova cena za vědu, když ironicky poznamenává, že i slavnou filmovou sošku Oscara lze získat za peníze. Po ukončení studené války „tržní hodnoty začínaly hrát čím dál větší roli i ve společenském životě. Ekonomie se změnila ve výsadní právo. V dnešní době se již princip nákupu a prodeje vztahuje nejen na materiální statky, ale čím dál tím více ovlivňuje celý náš život“, a „musíme si položit otázku, zda existují věci, které by nemělo být možné si za peníze koupit“ (Sandel, 2013). Až dosud platilo, že zdraví „ani v apatyce nekoupíš“ a že právě solidarita zdravých a nemocných je nejen potřebná, ale je také nejcitlivějším indikátorem soudržnosti společnosti. Problém je, že jen někteří čeští odborníci nabízejí k diskuzi základní téma, totiž **zda zdraví je, nebo není hodnota jako každá jiná, resp. zda zdraví je zboží jako každé jiné, nebo je hodnotou, kterou je třeba chránit prvky zvláštního režimu**. Ačkoliv ve veřejném prostoru nehledáme na takovou otázku kvalifikovanou a konsenzuální odpověď, zacházíme se zdravím stále častěji jako se zbožím. U nás zatím diskrétně, ale s nezadržitelnou tendencí k trhu. Příkladem je text zákona o zdravotních službách, kde se pojem péče prakticky nevyskytuje. Zřetelný přechod k upřednostňovanému klientskému modelu zdravotních služeb prostě znamená, že zákazník, tedy klient, bude objednávat a jednoznačně také platit.

V této souvislosti se nabízí úvaha, zda je skutečně nemocný člověk, stížený např. infarktem myokardu, opravdový klient „objednávající“ si zdravotnické služby na příslušné jednotce intenzivní péče. Jednoznačně se ztotožňuji s těmi, kteří pro takovou i analogické situace upřednostňují pojem pacient, s reálným přístupem k němu jako ke člověku trpícímu (Haškovcová, 2010).

Zajímavostí je, že pojem klient vlastně užíváme zcela nepřesně, když jej považujeme za jednoznačně označení zákazníka. I když následující poznámka na vžité praxi jeho současné interpretace nic nezmění, je vhodné ji uvést. Klienti (lat. *cliens* = poslušný, poslouchající) byli totiž římsí plebejci, „původně nejspíše zchudlí příslušníci patricijských a plebejských rodů“, „později ti, kteří byli ze služby propouštěni“. V každém případě to byli lidé bez plných občanských práv, kteří právě proto potřebovali ochranu, a pomoc hledali u „majetných jednotlivců“, tedy patronů. Od nich nárokovali „peněžitou podporu, pozvání na hostiny a výslužek“. A protože se za vše v životě platí, klienti

podporovali své patrony nejrůznějšími způsoby, třeba intervencí při volbě na vysoké úřednické posty nebo pomáhali „vykoupit patronova syna ze zajetí“ apod. (vše Svoboda, 1974). V současném zdravotnictví a v souhlase s antickou tradicí obsahu pojmu tedy i klient hledá ochranu u svého lékaře a upřednostňuje jisté paternalistické prvky vzájemného vztahu.

I když se Michael Sandel věnoval „všemu, co lze koupit“, několikrát se zmínil rovněž o americkém zdravotnictví, kde došlo „k nebyvalému posunu významu společenských vztahů a jejich přeměně po vzoru těch tržních“ (Sandel, 2013). Vytěsnění netržních hodnot tržními ilustruje např. na problematice darování krve. „Ačkoliv tržní systém nikomu nebrání (bezplatně – pozn. aut.) darovat krev, [...] tržní hodnoty, které do systému vstupují, mají ničivý efekt na ochotu a zvyk ji darovat“ (Sandel, 2013). Je „logické“, že „komercializace krve mění význam jejího darování“, a závažnější je, že **ekonomie vytěsňuje vyšší ctnosti**, jako je „štědlost, dobročinnost, solidarita a občanská povinnost“, tedy všechno to, co autor označuje jako „morální službu“ (vše Sandel, 2013).

Je-li všechno za peníze a lze-li si všechno koupit, výjimku netvoří ani „nákup“ lékaře a jeho služeb. Už dnes může americký klient získat za poplatek 1500–2000 dolarů nadstandardní služby lékaře, který je mu 24 hodin denně plně k dispozici (Sandel, 2013). A protože je to nemalá částka a také proto, že věnovat se 24 hodin denně těm, kteří platí, vyžaduje značné angažmá dotyčného lékaře, je jasné, že počet takových pacientů na jednoho lékaře bude nízký. Sandel vypočetl, že takto **předplacenému lékaři bude k plné osobní finanční prosperitě stačit, když bude pečovat o 8 osob**. Ostatně taková individuální a následně individualizovaná péče, s případným použitím špičkových technologií, by zcela jistě odpovídala ideální představě o moderní medicíně. My se ale musíme ptát, kdo se bude starat o ostatní nemocné. Michael Sandel, jehož dominantním profesním tématem je spravedlnost, konstatuje, že na ně (zatím) v Americe zbydou „přetížení (patrně praktičtí – pozn. aut.) lékaři“, ale např. v Číně takoví potřební lidé vypadnou z kola ven. V USA je praxe předplacených lékařů už systémovým řešením, u nás se objevuje zatím diskrétně (např. v pediatrii). Možná i systém centrových a necentrových lékařů má podobný charakter. Rozhodně ale nic nebrání tomu, abychom uvažovali o důsledcích rozevírajících se nůžek, které by mohly způsobit, že lidé s nižšími finančními příjmy budou odkázáni znovu a s velkými problémy převážně (nebo dokonce výhradně) na mechanickou solidaritu. **Ale chceme se opravdu vrátit do doby před 100 a více lety?**

Jisté je, že „moderní společnosti tedy neustále experimentují s tím, co všechno by se ještě dalo ponechat na individuálních volbách, aniž by to společnost rozvrátilo“ (Sokol, 2007), místo toho, aby své úsilí soustředily na formulaci, co takové společnosti drží pospolu. Filozof Jan Sokol ještě správně dodává, že „nezbytná shoda v základních otázkách lidského života a společnosti, která by jejím členům ještě umožnila ‚dobrý život‘ mezi ostatními, je jistě věcí míry a je zcela dobře možné, že současné společnosti [...] jsou až příliš tolerantní, přesněji řečeno beztvaré a lhostejné“ (Sokol, 2007). A to vše za situace, kterou Sandel výstižně charakterizoval jako „éru tržního triumfalismu“, která ovšem, a to je důležité, „dospěla ke svému konci“ (Sandel, 2013). Můžeme doplnit, že tržní mechanismy ve zdravotnictví dále eskalují, ale právě to je důvod, proč i veřejnoprávní zdravotnické systémy dospěly ke svému konci a je třeba redefinovat jejich cíle i praktickou organizaci, s bezpodmínečným zřetelem k favorizovaným a zatím jednoznačně nevyjádřeným, anebo jen okrajově hledaným etickým hodnotám. Je zřejmé,

že dosavadní zdravotnické systémy, které dobře fungovaly více než 100 let, musí doznat radikálních a koncepčních změn.

1.1.4 Human enhancement

Dlouhá staletí platilo, že se lékaři svými terapeutickými zásahy snažili vrátit nemocnému zdraví, když vyléčení znamenalo praktický návrat k původnímu zdravotnímu stavu léčeného člověka. V době rozvoje špičkových technologií a farmakologie však postupně vznikly možnosti zlepšit nejen svůj vzhled (např. estetickou chirurgií), ale i celkovou fyzickou a psychickou kondici (např. oblíbenými doplňky stravy), což jsou způsoby, které společnost více či méně toleruje. Vášnivě diskuze však vyvolávají **metody zdokonalování, resp. vylepšování lidských bytostí** (*human enhancement*) pomocí specifických neuro-, kyber-, gen- a nanotechnologií. Podstatné je, že takové **metody jsou zpravidla neterapeutické** a zájemci se rekrutují výhradně nebo převážně ze skupiny zdravých lidí.

V poslední době se ve zdravotnictví stal alfou a omegou informovaný souhlas. Také on však má své limity, nebo by je měl mít. „*I ten, kdo svobodně souhlasí se zneužitím a poškozujícím využitím svého těla nebo jeho části, se proti tomuto principu (rozuměj proti hranici celistvosti člověka) prohřešuje*“ (Liessmann, 2010). Jinak řečeno, **existují rozhodnutí, která nelze ospravedlnit informovaným souhlasem toho, kdo je činí.**

Za zvláště eticky kontroverzní lze považovat metody, které mění vlastnosti a schopnosti člověka a mohou ovlivnit i další generace. Jistě lze v této souvislosti **uvažovat o nových formách eugeniky, hrozící ztrátě rozmanitosti lidské populace a autentického lidství.**

V souvislosti se zdravotnickými systémy je však palčivým problémem vysoce pravděpodobné riziko nárůstu další nerovnosti mezi lidmi a sociální rozpad společnosti. Mezi vylepšenými a nevylepšenými lidmi vznikne propast a Tony Judt ve svých obecných úvahách zdůrazňuje, že „*nerovnost je destruktivní*“ a „*rozkládá společnost zevnitř*“ (Judt, 2011).

Vývoj nelze zastavit a **tendence ke vzniku „postlidí“, resp. kyberlidí budou nezadržitelně sílit.** Není pochyb o tom, že narůstající nabídka takových metod vyvolá i odpovídající poptávku po nich. Už dnes existují hnutí, která prosazují vylepšování lidí jako právoplatný transhumanismus, a zájemců o vylepšení přibývá. Jisté je, že mimořádné metody vylepšování jsou a budou nákladné a nebudou hrazeny ze solidárního pojištění. Jinak řečeno: **budou si je objednávat a platit bohatí lidé.** Jejich individuální touze po vylepšení se budou snažit vyhovět špičkoví specialisté v soukromých zdravotnických zařízeních, kteří ovšem budou chybět tam, kde je potřebují nemocní lidé. Jaké zdravotnické služby a od jakých lékařů se bude dostávat těm „obyčejně“ nemocným a nebohatým lidem? Doplňme, že vylepšení lidé budou mít následně ještě lepší uplatnění na trhu práce a stanou se ještě bohatšími, čímž se sociální nerovnosti mezi lidmi výrazně prohloubí ve všech oblastech společenského života.

Doprovodným a důležitým problémem je, že u některých metod nebude možné odlišit zásahy terapeutické a řekněme standardní (hrazené z veřejného zdravotního pojištění) od těch „vylepšujících“, a tedy nadstandardních (placených klientem). Mimo jiné také proto, že **historicky se původní nadstandardní postupy a metody časem**

staly standardními a dostupnými. Je možné, že se postupem doby některé metody vylepšování stanou nejen eticky přijatelnými, ale také levnějšími, a tedy standardními.

1.1.5 Rozpouštění zdravotnických systémů

Místopředsedkyně Evropské komise odpovědná za digitální agendu Neelie Kroesová uvedla, že „evropské zdravotnické systémy se ještě nezhroutily, ale praskliny se již začínají objevovat. Je načase tento model zdravotnictví poplatný 20. století přezkoumat“ (Zdraví pacientů ve vlastních rukách, 2012). I když se ve svém sdělení dále věnuje problematice digitální budoucnosti ve zdravotní péči, její úvodní slova dobře vystihují aktuální stav, tedy postupné, na první pohled nezřetelné, ale neúprosně pokračující rozpouštění stávajících zdravotnických systémů. Ostatně nejen Richard Barker věnoval tomuto tématu svou monografii (Barker, 2011). Zamýšlí se v ní nad tzv. **nelimitovanou nabídkou nové medicíny, nenasytnou zdravotní péčí i nad způsoby, jak obtížnou situaci v patrně historicky překonaných zdravotnických systémech řešit.** Některé jeho návrhy jsou staronové (např. vyhlásit válku plýtvání, proaktivně se vypořádat s nárůstem poptávky po zdravotnických službách, přeměnit pacienta na spotřebitele), jiné překvapí (např. jak snížit očekávání lidí, přidělový systém k náročné péči atd.). Přestože koncept nových zdravotnických systémů zcela jistě přenecháme příslušným odborníkům (jmenovitě reprezentantům oboru organizace zdravotnictví), **musíme (nejen) jim důrazně připomínat, že zdraví a péče o něj není a nemůže být pouze individuální hodnotou** a že navzdory tržním mechanismům, kde je za vše odpovědný a o všem rozhoduje výhradně jednotlivec, **je i hodnotou veřejnou, pokud ji ovšem zcela neodmítneme.** „Péče o zdraví lidí se nedá v plném rozsahu přenést na jednotlivce,“ říká Jan Holčík a v této souvislosti dále zdůrazňuje „sdílenou odpovědnost“, která vyplývá ze zřejmé „existence zdravotního a sociálního gradientu“ (vše Holčík, 2011). Nejsme prostě fyzicky, psychicky ani sociálně stejní, i když lze ironicky komentovat, že jednou možná bude existovat jednodolitá společenská vrstva vylepšených lidí. A právě proto musíme pamatovat na zachování tak „staré“, „obyčejné“, „neatraktivní“ a někdy opomíjené hodnoty solidarity. Jejím praktickým projevem je laická či odborná pomoc druhých lidí, kteří neztratili zájem o člověka, jenž se ocitl v nemoci nebo sociální tísní. Už J. S. Mill (1806–1873) se značným časovým předstihem postřehl, že „*idea společnosti držené pohromadě jen vztahy a pocity založenými na finančních zájmech je ze své podstaty odporná*“ (in Judt, 2011). My ale přece chceme žít v příjemné společenské atmosféře a pro případ, že nás postihne nemoc, chceme mít jistotu, že v zápase s ní nezustaneme bez odborné péče a sami. Proto i v situaci exponenciální a historicky nevidané nabídky nových medicínských technologií musíme přemýšlet o tom, **„kolik trhu a kolik státu“** bude nebo má ovládat příští zdravotnické systémy.

Literatura

- BARKER, R. 2030 *The future of medicine, avoiding and medical meltdown*. Oxford: Oxford University Press, 2011.
- DLOUHÝ, M., STRNAD, J. *Nemocnice: kvalita a efektivita*. Praha: IGA MZ ČR, 1999.
- DURKHEIM, E. *Společenská dělba práce*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2004.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brainteam, 2010.

- HOLČÍK, J., ŽÁČEK, A. *Sociální lékařství*. Brno: MU, 1995.
- HOLČÍK, J. Perspektivy péče o zdraví a zdravotnictví. *Čas Lék čes*, 2011; 150(9), s. 475–479.
- JUDT, T. *Zle se žije zemi, pojednání o naší současné nespokojenosti*. Praha: Rybka Publishing, 2011.
- KELLER, J. *Soumrak sociálního státu*. Praha: Slon, 2006.
- KREBS, V. a kol. *Sociální politika*. 4. vyd. Praha: ASPI, 2007.
- LIESSMANN, K. P. *Hodnota člověka*. Praha: Vize 97, 2010.
- MEULEN, R., HAUTEPEN, R. (eds.) Solidarity. In CHADWICK, R. *Encyclopedia of Applied Ethics*. 2nd ed., Amsterdam: Elsevier, 2012. s. 198–205.
- SANDEL, M. *Co si za peníze nekoupíte. Společnost vstupuje do nové éry, vše je na prodej*. Brno: Biobooks, 2013.
- SOKOL, J. *Moc, peníze a právo*. Plzeň: naklad. A. Čeněk, 2007.
- SVOBODA, L. (ed.) *Encyklopedie antiky*. Praha: Academia, 1974.
- *Zdraví pacientů ve vlastních rukách: digitální budoucnost pro zdravotní péči*. Dostupné z: <http://www.ezdrav.cz/zdravi-pacientu-ve-vlastnich-rukach-digitalni-budoucnost-pro-zdrav-peci>. 9. 12. 2012

1.2 Význam a šíře etiky v klinické praxi

Jan Žaloudík

Etika (z řeckého *ethos* – mrav) nebo také teorie morálky je filozofickou disciplínou, která zkoumá morálku či morálně relevantní jednání a jeho normy. Etika je disciplínou praktické filozofie, zabývá se teoretickým zkoumáním hodnot a principů, které usměrňují lidské jednání v situacích, kdy existuje možnost volby prostřednictvím svobodné vůle. Hodnotí činnost člověka z hlediska dobra a zla. Na rozdíl od morálky, která je blíže konkrétním pravidlům, se etika snaží najít společné a obecné základy, na nichž morálka stojí, případně se snaží morálku zdůvodnit. Relevantní pro medicínu jsou zejména hlediska etiky autonomie, autenticity a odpovědnosti.

Etika autonomie vychází z autonomie svědomí a svobody jako základní mravní hodnoty. Etika autenticity zdůrazňuje, že jen to je morální, co vychází z čistého upřímného přesvědčení. Sem můžeme zařadit etiku existencializmu. Jediným příkazem mravním je jednat svobodně a autenticky. Vše je dovoleno. Za vše jsme ale také absolutně zodpovědní. K etice autonomie patří také etika Kantova. Autonomie znamená, že mravní autorita není dána zvnějšku, ale vychází z člověka. Podle Kanta je touto sebeurčující autoritou praktický rozum, který formuluje mravní zákony, platící nepodmíněně. Takovým zákonem je kategorický imperativ. Jednej tak, aby se zákony tvého jednání mohly stát principem všeobecného zákonodárství. Kategorický imperativ je dán sám sebou, není třeba ho dokazovat, mluvíme o mravním apriori. Mravní zákon se projevuje také jako povinnost. Ta podle Kanta rozhoduje o morálně dobrém, které musí být vždy ve shodě s povinností. Naopak sklony a smyslové impulzy, stojí-li proti povinnosti, zapříčiňují jednání nemorální. Autonomní etika se soustředila na jednajícího člověka, jeho rozum a svobodu. V současné diskuzi se otevírají otázky, co vlastně tento rozum a svobodu orientuje.

Uvědomujeme si však, že k naplnění života nestačí pouze naše autonomie a svoboda. Je zde další významný prostor etiky odpovědnosti. Od nejranějšího dětství víme, že jsme tu díky druhým a naše svoboda má smysl jen proto, že jsou tu ti druhí. Židovský filozof Martin Buber dokazuje, jak se naše „já“ zrodilo a stále se dotváří díky „ty“, tomu druhému, který nás miluje. Ten druhý může být konkrétní člověk nebo Bůh. Pro etiku odpovědnosti se nejvyšší mravní hodnotou stává vztah k němu. Z věrnosti svému přesvědčení či rozumu zachovává věrnost i tomu druhému.

Etikou toho druhého se zabýval zejména Emmanuel Lévinas. Podle něj je ten druhý víc než moje svoboda. Svobodný člověk je zaslíben druhému, je za něj zodpovědný. A to ho zavazuje, aby se o druhého staral dříve než o sebe, druhého v bezmoci nelze opustit. Vztah k druhému je nesouměrný, to znamená, že vůbec nejde o to, jestli je pomoc opětována.

Tradiční etika je příliš zaujata člověkem a lidskými vztahy. Opomíjí vztahy k přírodě a budoucnosti. Člověk a jeho technika jsou schopni utvořit budoucnost, z níž jde strach. Tento strach se však může stát pozitivní etickou hodnotou, když probudí naši zodpovědnost za budoucí generace. Modelem veškeré opravdové odpovědnosti je odpovědnost rodičovská. Je třeba být vnímavý a zbaběle neunikat.

V medicínské etice je třeba brát v úvahu všechny tyto základní filozoficko-etické názory a úhly pohledu.

Požadavky na etické jednání jsou v medicíně všudypřítomné.

Medicína jako pomoc bližním ze své podstaty etiku potřebuje, je to její základní stavební kámen v okamžicích úspěchu i neúspěchu. Etiku nepotřebuje pouze přístroj. Ten, kdo ho ovládá, však již etické aspekty při tom do svého konání nutně zahrnuje, má-li uspět nejen technicky, ale především lidsky.

Etika lékaře tkví především ve schopnosti celoživotně a stále si klást otázky o mravních aspektech svého konání a konat podle svého nejlepšího, ale dostatečně kvalifikovaného vědomí. Etika je však také ve schopnosti říci: *„Nevím, předám případ zkušenějším, lépe vybaveným, nemám právě řešení, ale hledám ho, ponechávám naději.“*

Je neetické nemocným lhát, ale je také neetické neponechat prostor pro naději, byť jen štěrbínovou. Právě pro nalézání balance mezi totální pravdou o budoucnosti, kterou mnohdy lékař sám ani nezná, reálnou či pravděpodobnou pravdou aktuální situace a sdělením pravdy přijatelné a neškodící je medicína nejen biologickým oborem se souborem technologických znalostí a dovedností, ale také oborem humanitním a ve své podstatě rovněž uměním. Suverénové sdělující tzv. celou pravdu, na kterou má prý pacient nárok jako na informaci o stavu svého vozidla v autoservisu, aby včas upravil své majetkové poměry či bankovní účty a neprodělal, jsou stejně vedle a nebezpeční jako na druhé straně mlžící paternalisté, chránící své nemocné před svobodným rozhodováním, realitou nemoci a jejím pravděpodobným vývojem.

A je zde hlavně jedinečná osobnost konkrétního nemocného, jednou více úzkostného, vítajícího přiměřený paternalismus, jindy naopak rozhodného jedince, odhodlaného nést zodpovědnost za vše své i kolem sebe. Nezřídka se však obě krajní osobnostní polohy prolínají a proměňují tím, jak progresse nemoci mění člověka samotného, jeho vnímání, schopnosti a sociální postavení.

Inteligenci naděluje lékařům příroda, vzdělanost a dovednost nabývají vlastní píli a přičiněním, k moudrosti se však musejí teprve dopracovat. Mnohým se to i podaří.

Aktuální výzvou současnosti je především konfrontace medicíny s dynamikou hodnotových posunů a pohledů na prioritní etická témata. O etice bylo mnoho napsáno, objevují se však stále nové výzvy. Objevuje se také fenomén, že texty a myšlenky jsou šířeny dříve, než vyjdou tiskem, než je prověří praxe a čas. Vypouštění memů už nevyžaduje zápis na papír, tisk novin, časopisu či knihy, jejich přečtení, promýšlení a studium. O nadčasových pravdách jakoby se soutěžilo na čas, v rámci dnů, hodin, minut, v bezprostředních reakcích *online*. V odborných sděleních jde o ony již zavedené *e-publications ahead of print*.

Nabízí se však otázka, kam vlastně spěcháme, má-li jít o trvalejší principy a hodnoty, jak je požaduje právě etika medicínského jednání a konání. Znamená rychlé vyslovení zdánlivě pevného názoru zároveň nervozitu, že názor či postoj bude už zítra nahrazen zcela jiným, ještě rychleji šířeným názorem, a ještě jiným pozitřím? Nebylo by tedy lépe počkat až na popozitří nebo další týden, měsíc, rok?

Právě v etických otázkách nelze dynamice informační společnosti podléhat a přecenňovat ono dychtivé memetické pokrytí. Jde jen o lákavou technologii formy. Poznatek o nové molekule, novém přístroji či novém etickém náhledu zde stojí zdánlivě v jedné řadě zpracování informací. Zpravidla chybí hierarchie jejich významnosti a trvání, což je pro humanizovanou medicínu nebezpečné. Ostatně i pro tu dehumanizovanou, ryze technickou. Pro mnoho dílčích detailů nemusí být nakonec rozpoznán celek, kontext, názor, pravá diagnóza problému, etický úsudek. Více diagnóz oborově rozdrobeného jedince má však mnohdy jednu hlubší příčinu, jeden zákonitý vývoj, jeden osud.

Také jednota etických problémů medicíny je při své šíři ohrožena fragmentací, partikularizací, redukcionismem nebo i etickým nihilizmem a rezignací. Je ovšem komplexní etický pohled na medicínu či zdravotní péči jako celek vůbec možný a sdělitelný? Proti hlasům skeptiků a relativistů je nutno znovu pozvednout kantovskou deontologii jako ujištění, že takový program či vize komplexní etiky v medicíně možné jsou (Kalcia, 2005). Taková vize má ovšem dvě roviny, jednu interpersonální, více osobní, druhou institucionální, společenskou, veřejnou. Tento rozpor i jednota obojího nás trvale pronásledují a udržují v permanentních pochybnostech a diskuzi.

Existuje expert na etiku, profesionální morální poradce (Moreno, 1991)? Existuje vůbec objektivní morální expertíza, třeba jako souhrn posudků odborných a právních specialistů? Může se to občas podařit, ale obecně platný postup či princip to nebude. A opět bude konfrontován s již uvedenými dvěma rovinami, úrovněmi jednak individuálního, jednak veřejného zájmu. Občas mohou být v souladu, mnohdy nikoli. Ony dvě roviny zájmů také zůstanou mezemi působnosti profesionálních expertů a etických expertíz. A stále zde budou také hlediska morálky teoretické a etiky klinicky aplikované.

1.2.1 Etika a svědomí lékaře

Jde vlastně o autonomní etiku svobodného svědomí. Míra adherence lékaře k pocitu a postoji, kterému obecně říkáme čisté svědomí, je spíše atributem dané osobnosti než chováním naučeným jen medicínským nebo jiným vzděláním. K profesi lékaře se váže v tomto směru nepochybně mnohem větší očekávání veřejnosti, než je tomu u povolání jiných.

Součástí lékařské péče, kterou nemoudře a krátkozrace v nové české legislativě nazýváme jen službou, je také poskytování rad při závažných rozhodováních, kdy nemocný odborně, nebo i lidsky tápe. Důvěra v lékaře, že poradí správně a v souladu se svým svědomím, je často dokonce vyšší při potřebě rady než při svěřením se ke konkrétnímu lékařskému výkonu. Nezřídka se rada týká také příbuzných a blízkých nebo řešení sociálních situací, často od nemoci neoddelitelných. Nezřídka souvisí více s psychologií tazatele, než že by byla pouhým doporučením nebo názorem z oblasti somatické medicíny.

Vědomá lež lékaře se vůbec nepředpokládá a také nepřipouští. Různé marketingové triky vůči nemocným kdesi na okrajích etiky medicíny a za nimi, které jsme v poslední době nuceni s nárůstem komercializace zdravotních služeb rozhořčeně zaznamenávat, jsou nesmírně nebezpečné pro dignitu a důvěryhodnost medicíny jako celku. Lékaři jsou primárně viděni jako osoby s vyšším stupněm svědomí než jiní občané, ať už tomu tak je, či není, protože toto vidění ohroženým a nemocným pomáhá hledat jistoty a pevné body v obávané a nejisté přítomnosti i budoucnosti. Je to tedy pro lékaře jakýsi primární a inherentní kredit i zavazující role, v níž by neměli selhat. Jakkoli je to i rudiment, udržovaný od počátku lidského společenství už vůči šamanům, léčitelům, ranhojičům nebo porodním bábám, je to nyní pod značkou moderní lékařské vědy a vědění stále příležitost, které lze eticky využít ve prospěch nemocného, nebo velmi neeticky zneužít.

Ztráta důvěry v lékaře znamená vlastně ztrátu firmy, značky, legitimacy, oprávnění něco jiným doporučovat, nebo dokonce o jiných rozhodovat. Vícenásobná ztráta důvěry k více lékařům znamená ztrátu důvěry k celému zdravotnictví, zdravotnímu systé-

mu a počátek katastrofy, jakou se může stát krize důvěry v medicínu a její serióznost. Tu si snad přechodně může dovolit politika, média nebo showbiznys, dokonce třeba i právo, avšak nikoli medicína. A to z prostého primárního biologického imperativu či instinktu zachování jedince, v širším pohledu pak i zachování koheze společenství.

V oblasti důvěry v lékaře nelze experimentovat nebo vnucovat konkrétnímu lékaři, cokoli je v rozporu s jeho svědomím, jakkoli by to mohlo mít i zdánlivě pozitivní smysl nebo se skrývalo za obecnějším veřejným zájmem. Lékaře je možné nahradit lékařem jiným, není však možné nahradit svědomí jednoho lékaře jiným jeho svědomím. Pokud takový postup někdy láká nelékařské manažery zdravotnictví nebo různé správce pojistného jako cesta pro ně pohodlnější, je to hazard s podstatou systému, který je ostatně nese a živí.

Zápasíme se setrvalou tendencí, aby právě lékaři vysvětlovali, zdůvodňovali nebo zaštitili ekonomické problémy či závazky, které má vůči pojištěnci jeho pojišťovna, vůči klientovi jako plátcí daně správce jeho daní nebo vůči hospitalizovanému správce či zřizovateli zdravotnického zařízení. Do etiky vztahu mezi lékařem a nemocným tedy stále, skrytě i zjevně, zalétá smetl z vnějšku, včetně mediálně nafoukaného. Nedůvěru někoho k někomu je snadné vyvolat, důvěru je však těžké znovu navodit. Mělo by tedy zůstat pouze na lékaři samotném, dopustí-li se sám rozporu se svým svědomím a etikou svého poslání.

Neexistuje svědomí kvalifikované nebo nekvalifikované, ale jen lékaři více nebo méně kvalifikovaní. Lékař může chybovat i při čistém svědomí z pouhé neznalosti. Svědomím lékaře musí být tedy také to, aby celoživotně dbal na svoji vzdělanost a orientaci v oboru při všech jeho aktuálních změnách, nebo aby rozpoznal, kdy lépe zasáhne jiný kolega. Na tento aspekt etiky se někdy zapomíná, asi proto, že pouhým vzděláváním se svědomí nezískává, ale ani svědomí samo o sobě lékaře nevzdělá. Může ho však k vlastní odpovědnosti za sebevzdělávání přimět.

1.2.2 Etika a odpovědnost lékaře

Zpravidla se hovoří jen o právní odpovědnosti lékaře. Ta se různě mění a vyvíjí. Právo stanovuje odpovědnost lékaře navenek, zatímco etika je v odpovědnosti lékaře faktorem kdesi uvnitř. Jde o rámec odpovědnostní etiky, která nepodléhá tolik proměnám jako právo.

Odpovědnost lékaře je hlavně právní kategorií jen zdánlivě. Ve skutečnosti je v historické kontinuitě a z větší části udržována právě etikou. Stále citujeme Hippokratovu přísahu, přestože její originální text je již archaický a s pochybnou relevancí k technologiím a poznání dneška. Etický kodex lékaře je však stále spíše nepsaným a vnímaným než právně formulovaným souborem pravidel, k němuž naštěstí motivačně i výchovou spějí už adeпти medicíny vědomě i podvědomě a který spíše intuitivně předpokládají laici, tedy i skuteční nebo potenciální nemocní.

Potřeba řešit etické stránky přímé lékařské odpovědnosti je dobře patrná třeba na vývoji chirurgie, neboť bezprostřední vztah operujícího a operovaného je i laikům naprosto zřejmý. Odpovědnost za intervenci je zde přímá, pojmenovaná, jednoznačná, nezprostředkovaná. Jakmile se už v 18. století stala chirurgie součástí univerzitních lékařských věd, neboť dříve byla pokládána jen za řemeslnou dovednost a doplněk některých profesí, a začala čerpat z vědeckých základů biologie, anatomie, fyziologie

a patologie, nutně se začaly klást a zodpovídat také etické otázky, aby se důvěra v novou lékařskou profesi získala a udržela.

American College of Surgeons měla od počátku svého založení v programu řešení etických otázek chirurgie, kam však řadila také třeba oprávněnost různých forem plateb za provedené výkony. Toto praktické vidění souvislosti etiky lékařské práce a odměny za práci pro jiné, tedy rozdílu mezi naceněním výkonu povolání a odvoláním se na povinnost plynoucí z poslání, ostatně trvá dosud. Občas se tento aspekt zvýrazní v dilematu lékařů při realizaci práva na protest (Abbasi, 2014). Nezdá se, že je toto dilemma dořešeno. Lékaři jsou nepochybně vydíratelní zájmy pacientů a specifickým očekáváním kladeným na lékařské povolání, naopak samozřejmě i pacienti se mohou stát rukojmí nátlakových protestů lékařů. Stát a jeho zdravotní systém osvědčí svoji moudrost jedině tehdy, když se etické neřešitelnosti tohoto dilematu preventivně vyhne.

Právě třeba v chirurgii se vynořily i další a zásadnější etické otázky s nástupem transplantací orgánů. Ovšem také třeba s možnostmi minimálně invazivní chirurgie při konfrontaci s klasickou operativou, tedy rozporem mezi zdroji a možnostmi, se zvyšujícími se požadavky a náklady na technologii i cenu práce. Každá nákladnější metoda nebo technologie automaticky přináší problém volby a selekce nových a dražších výkonů jen pro některé nemocné.

Odpovědnostní etika v chirurgických oborech si trvale uchovává závazek bezprostřední odpovědnosti operátora za konečný výsledek, který je patrný i při reálném sdílení péče třeba s anesteziology a intenzivisty. Nicméně v řadě jiných oblastí medicíny nemusí být přímá odpovědnost lékaře pacientovi za volbu metody a výsledek péče tak zřejmá. Navíc multidisciplinární provázanost medicíny tuto odpovědnost mnohdy velmi rozostřuje. Máme zde dokonce trend zbavování se osobní odpovědnosti nadbytečnou plejádou konziliárních vyšetření nebo zbytečným odesíláním nemocných jinam s neurčitým očekáváním a jen z osobního alibizmu nejistého lékaře. Individuální odpovědnost lékaře se navíc komplikuje ještě kvalifikační hierarchií lékařských kolektivů, různou odpovědností nadřízených nebo odborných autorit.

Jiný pohled na etickou stránku odpovědnosti lékaře za výsledek jeho práce dobře ilustruje chápání role lékaře ve staré Číně. Tam byl lékař placen, jen pokud byl jeho svěřenec zdrav. Jakmile klient onemocněl, přestal být lékař honorován až do doby, kdy se klient uzdravil. Od lékaře se očekávalo a ceněno bylo udržování nebo rychlý návrat zdraví, nebyl kladen důraz na technologii samotného léčení nemoci.

Dnešní doba je naopak poněkud nakažená preferenční orientací na nemoc, na její zbytečné udržování a získávání klientů i nad rámec jejich skutečných zdravotních problémů. Lze se s tím setkat spíše v privátních než v přetížených státních zařízeních. Situaci ilustruje bonmot, že vskutku zdravý člověk neexistuje, je to prý pouze nedostatečně vyšetřený jedinec. Jde o více etický než jen ekonomický problém zbytečné a zbytečné klientely ve zdravotnictví.

Moderní medicína, rozvoj technologií a organizace zdravotní péče automaticky generují každodenní rozpory a jistou formu stresu odpovědných zdravotníků ve vztahu k nemocným (Stankovic, B., Stankovic, M., 2014). Řešením je také etické pojetí praxe, založené na dobře definované kompetenci ve všech rozhodovacích procesech. V českých poměrech totiž k jisté frustraci přispívá absence nebo deformace a nedodržování pravidel v praxi. Klasickým příkladem je systém virtuálních pojišťoven, ve skutečnosti správců daně, který nutí lékaře zdůvodňovat pacientovi, tedy klientovi pojišťovny, co mu může, či nemůže být poskytnuto. Etika konání lékaře je zatahována do konfliktu

možností ekonomiky a zdravotní politiky, které pak pohodlně nemocným klientům a voličům samy nic zdůvodňovat nemusí. Vyskytuje se i tendence nehrazené způsoby léčby stavět jako medicínský nadstandard, ačkoli jde o nadstandard pouze economic-
ký, který není ošetřen pravidly úhrad u správců zdravotní daně.

1.2.3 Etika v komunikaci s nemocným

Podle zkušeností institucí, které se zabývají řešením stížností v oblasti zdravotnictví, je velká většina problémů působena nedostatky v komunikaci mezi zdravotníky a nemocnými či jejich blízkými. Jaká informace je podána, s jakou mírou srozumitelnosti, jak je podána, s jakou mírou empatie, případně kdy a proč je nepodána, nebo dokonce zamlčena. Je dobré pro praxi zafixovat pravidlo, že nedílnou součástí lékařského výkonu je také podání informace o tomto výkonu. Informace však musí být nejen podána, vyslovena či napsána, ale také příjemcem informace pochopena – nejen z důvodu právní sebeochrany, ale především z důvodů ryze lidských a etických a také z důvodu nabytí a udržení důvěry nemocným. Nemusí být vždy snadné rozpoznat, v jaké formě dotýcný pacient informaci potřebuje a jak ji zpracoval. Lékařská profese však velí v tomto rozpoznání uspět. I proto není jen odbornou kvalifikací, ale také uměním, i proto je medicína řazena na pomezí věd přírodních a humanitních.

Na rozdíl od svědomí a etického jednání se lze komunikaci s nemocnými učit. Nejlépe příkladem zkušenějších, ovšem i vlastní praxí, pokud umíme citlivě vyhodnocovat každou zkušenost a promítnout ji do práce při dalších příležitostech. Je však potřeba také informovat a vzdělávat paramedicínské okolí pracovníků, zúčastněných na chodu medicínských provozů, jaké jsou etické cíle a úskalí medicíny, aby se mohli s tímto úsilím ztotožnit (Stankovic, B., Stankovic, M., 2014).

Udržovat etické normy chování a komunikace v kolektivu a na pracovišti jako celku je nepochybně odpovědností především odborných vedoucích a řídících pracovníků. Individuální kontroly etické komunikace musejí však být schopni všichni zdravotníci, kteří se chtějí na tomto poli uplatnit. Říkává se, že neznalost zákona neomlouvá, přestože všechny naše legislativní normy v celistvosti nikdo nezná a nesnadno se v novelách novel orientují i právní profesionálové. Lze však s jistotou tvrdit, že zdravotníka neomlouvá neznalost etických norem, jakkoli nebývají sepsány ani novelizovány. Etika komunikace a jednání zdravotníka, a dvojnásob jde-li o lékaře, musí být součástí jeho sociální inteligence a odborné kompetence, pokud věříme, že odpovídat za zdravotní péči o jiné mají pouze osoby přiměřeně inteligentní a kompetentní.

Specifickým okruhem etiky komunikačních dovedností jsou situace v kontaktu s nevyhlášenými a terminálně nemocnými. Obecně platí, že nelze neponechat pacientovi možnost rozhodovat o podobě posledních dnů, týdnů a měsíců jeho života (Kumar, Temel, 2014). Na druhé straně jej také nelze v posledních dnech, týdnech či měsících vystavovat zbytečnému stresu, depresi a beznaději informacemi, o které sám nemocný často ani nestojí, nebo se jich dokonce obává. Mediálně atraktivní téma eutanazie nezřídka překrývá mnohem závažnější a potřebnější otázky plánování terminálních fází života, které netřeba trávit jen na lůžku, v umělém nemocničním prostředí a sociální deprivaci (Kumar, Temel, 2014).

Tato problematika fatálních průběhů nemocí bývá často nesprávně spojována hlavně s onkologií, ačkoli řada jiných medicínských odborností a oblastí klade na komunikaci

a management chronické a terminální péče podobné, nebo i náročnější požadavky. Je mnohdy až absurdní, jak pietní a ponurá bývá atmosféra při sdělování onkologických diagnóz i v časném a zcela vyléčitelném stadiu, zatímco třeba nevyléčitelná cévní a metabolická onemocnění jsou komunikována bez ostychu a emocí jako běžné události. V onkologii nepochybně etické aspekty prolínají celým procesem péče od diagnostiky, sdělování výsledku vyšetření, prognózy, léčby až po paliaci a na všech stupních se lze dopouštět komunikačních a procesních kroků eticky správných a prospěšných, ovšem i škodlivých. V medicíně nenádorových nemocí a úrazů je tomu naprosto stejně.

Určitě má tedy svůj etický rozměr také forma a kvalifikovanost zdravotní výchovy a způsobů informovanosti veřejnosti. To si zpravidla uvědomují lékaři, méně již ti, kteří se na vlnách popularizace a zdravotní osvěty či publicity „vezou“, a tím spíše, jde-li o nějaký projekt se zvlášť uchopitelným financováním. Říká-li se, že *Homo sapiens* dneška je již vlastně *Homo sapiens economicus*, nelze bohužel etické stránky chování a konání ani v medicíně stavět mimo prosté ekonomické motivace lidí.

Nelze v souvislosti s etikou lékařské komunikace nezmínit roli víry, a to i při velmi sekulárním pojetí medicíny jako veřejné služby a nad rámec konkrétní náboženské doktríny (Biggar, 2014). Ta se může odrážet ve schopnosti věřit, tedy v tzv. daru víry, což patrně disponuje i k vyšší ochotě důvěřovat všem pečujícím silám. Blahoslavení, kteří uvěřili, tak znějí některé překlady jinak význačného biblického textu. Je nerozumné s vírou v medicíně nepočítat a cílevědomě s ní v zájmu nemocného nepracovat. Je samozřejmě neetické jak víry, tak i prosté důvěry nemocného zneužít.

V multikulturním otevřeném světě je pozice lékaře o to složitější, že musí vystihnout také náboženskou orientaci nemocného, pokud mu to on sám není ochoten sdělit. Platí to jistě pro zdravotní péči závažnou a významně ovlivňující existenci nemocného, nikoli pro zdravotní banality. Každopádně může být vnímáno nemocným nebo příbuznými jako neetické, pokud lékař či pracoviště tuto stránku osobnosti opomíjejí, nebo záměrně ignorují. Je-li zdraví pocitem komfortu tělesného, duševního a sociálního, pak i cesta k němu návratem z nemoci musí respektovat všechny tyto stránky. Zatímco ateista může pokládat medicínu za velmi mocnou či všemocnou, věřící může vnímat mnohem mocnější síly a je úkolem lékaře, aby také ony byly s jeho úsilím v součinnosti.

Patří k etice komunikace i empatie? Je empatií pouze aktuální emoční projev, nebo i kvalifikovaný a trvalejší zájem? Je to osobnostní rys, nebo skutečná nutná komponenta etického chování lékaře a zdravotníka? Podnět k zamyšlení zde dal již Aristoteles svým konceptem *phronesis*, tedy praktické moudrosti či inteligence, která neznamená jen schopnost rozhodovat pro dosažení cíle, ale také predikovat dobrý konec celého úsilí a vyjádřený zájem na dobro pro daného člověka (Svenaeus, 2014).

1.2.4 Etika vztahů mezi lékaři

Je třeba zmínit zásadní potřebnost etiky ve vztazích mezi lékaři, uvnitř zdravotnických kolektivů i důstojné prezentace těchto vztahů a projevů směrem k laické veřejnosti. A to z důvodů nejen obecně lidských, ale ryze profesních, pro zachování důstojnosti lékařských profesí. Asi všichni víme, nebo alespoň tušíme, jak by měly kolegiální vztahy a vyjádření vypadat optimálně. Mnohdy máme hodně příkladů, že se to i daří, ale také zkušenosti, kdy se to nedaří nebo nechce dařit. Napravovat mezilidské vztahy vlastně znamená napravit člověka jako takového, což je nesnadné jak aktuálně, tak

historicky, neboť i lékař a zdravotník je jenom člověk, a to v dobrém i horším. Nelze než věřit v dobrou snahu všech chovat se kolegiálně, což prospívá také nemocným a jejich důvěře v lékaře a zdravotní systém jako celek.

1.2.5 Etika a ekvita

Etika je teorií morálky a morálka společnosti se neustále vyvíjí. Úřad pro patentování morálky a nadčasově přijatých pravidel etiky se dosud v celé historii nezřídil a ani v budoucnu nezřídí. Snad je medicína v poněkud šťastnějším postavení než jiné oblasti lidských činností, že může historicky čerpat také z pravidel společností, které byly v minulosti zatíženy vyšší mírou obecné nesvobody, třeba i otrokářských, feudálních nebo jinak nedemokratických, aniž je to pro její obsah deformující. Medicína dokáže být velmi nepolitická a neideologická, není-li zbytečně politizována a ideologizována.

Naše křesťanská civilizace vychází z principu právní rovnosti všech lidí až v posledních stoletích, nebo dokonce desetiletích. Ještě donedávna tomu tak nebylo, a to ani v zemích, které aspirovaly na šířitele civilizovaného chování a křesťanské kultury. Dá se dokonce říci, že lidské dějiny, včetně dějin novověku, jsou spíše dějinami uznávané a praktikované nerovnosti.

Rovnost lidí je tedy i přes pokrokové, britské parlamentní, francouzské revoluční nebo americké ústavní deklarace konceptem historicky poměrně novým a má zásadní důsledky také pro pojetí etiky v medicíně. Nabízejí se úvahy, zda tedy má jít při deklarovaném právu na život také o rovnou zdravotní péči pro všechny, nebo se má právo na život vázat ke schopnosti platit za péči a záchranu? A znamená rovné právo na život také rovné právo na život ve zdraví? Znamená také rovnou povinnost o zdraví pečovat a udržovat je, zejména když předpokládáme a sami požadujeme solidaritu zdravých s nemocnými? Jsou to zdánlivě úvahy o právu nebo politické doktríně, ve skutečnosti jsou to však otázky etiky a stability lidského soužití.

V našem evropském prostoru už ani nepochybujeme, že je správné, potřebné a etické poskytovat zdravotní pomoc a péči v nouzi všem stejně bez rozdílu pohlaví, rasy, společenského postavení a majetku. Dá se říci, že v situacích akutních a u stavů život přímo ohrožujících se tak dokonce děje. Stále více pochybností o udržitelnosti této doktríny rovnosti se však aktuálně objevuje s ohledem na rostoucí náklady zdravotní péče u chronických a degenerativních onemocnění, na míru participace všech na jejím hrazení pro jednotlivce, ovšem i s ohledem na vůli a hranice solidarity majetnějších s méně majetnými. Slovo rovnost se v medicíně nahrazuje spíše termínem ekvita, která už jakoby byla v požadavcích méně striktní, respektovala variabilitu situací a byla jakousi přibližnou rovností v podstatném, která odpovídá možnostem.

Čím jiným než diskuzí o etice jsou ovšem třeba návrhy na medicínské nadstandardy, jedněmi dosažitelné, jinými nikoli. Takový problém řeší především bohatší společnosti, které rovnost občanů politicky slibují a právně deklarují, neboť etika jiných společenství zásadní nerovnost v přístupu ke zdravotní péči připouští a je s ní i politicky vyrovnána. Přitom jasně cítíme, že deklarace rovného přístupu ke zdravotní péči je nutným a stabilizujícím faktorem moderní civilizované společnosti, jakkoli je ekvita třeba jen vrcholem ledovce problémů zdravotnictví.

Etika požadavku rovnosti či ekvity nemocných je tedy nezřídka spíše vizí a cestou za cílem než reálně dosaženým a garantovaným stavem. Rezignovat však na toto

snažení by bylo špatným signálem, nedobrým odkazem potomkům a krokem proti etice medicíny, jak ji nyní vnímáme v dosavadní evropské praxi víceméně sociálních států, kterou zvolna následuje i ta část světa, jež si tento přepych už může, nebo alespoň touží dovolit.

Jakkoli by tedy bylo krásné hovořit o čisté etice, prosté zátěže dobou a nesmáčené loužemi ekonomických a společenských souvislostí, musíme stále konfrontovat teorii morálky s praxí morálky. A obě průběžně korigovat, aby ladily.

1.2.6 Etika a pokrok v medicíně a technologiích

Bylo by nepochybně nesprávné a neetické nesnažit se soustavně o nová poznání a zlepšování medicínské teorie a praxe. Zatímco se však pokrok v biomedicínských vědách a technologiích jeví z hlediska odborných publikací i nabídky novinek jako exponenciální, je jejich praktické využívání z celosvětového pohledu spíše lineární funkcí. Výjimečnost nového a praxe zavedeného jsou v kolektivním rozumu lidského společenství dvě různé roviny či dvourychlostní dráhy. Onu konzervativní lineární rovinu akceptace, technické i etické, nelze pokládat za pokrok brzdící, spíše za kritický filtr před akceptací ověřeného, vskutku progresivního a společnost neohrožujícího. Dynamika nadšené ambice a dynamika kritické akceptace jsou naštěstí odlišné.

Mnohé pohledy na etiku inovací a řekněme i lékařského experimentování jsou přítomny již v přípravě mladých lékařů na povolání. Ve skutečnosti však není etika tolik zakomponována do zásad lékařského profesionalizmu, který má stále více tendenci operovat se seznamy pravidel. Etika je ovšem hlavně permanentní diskuze profesionálů s průběžnými korekcemi a jistým vývojem odborného mínění (Wynia et al., 2014). Situace se ještě dále komplikuje, pokud do okruhu medicínskému profesionalizmu zahrneme také organizátory a manažery zdravotní péče, kteří mají blíže k ekonomizaci medicínských postupů, nebo naopak soutěživosti ve výsledcích a inovacích, zejména představují-li komparativní výhodu. Bez permanentní diskuze, upřesňování prostředků a cílů, kritického hodnocení výsledků a jistého etického dohledu hrozí pod vlajkou pokroku bezprostřední i četná dlouhodobá rizika úpadku lékařské morálky.

Existuje ostatně celá plejáda kritiků současného pojetí medicíny, a to nejen z řad obecných kritiků neoliberálního přístupu (Klein, 2010), ale i autorů operujících s velmi specifickými analýzami a postoji, kteří se medicínou zabývají z širšího filozofického, sociálního, právního a etického úhlu pohledu.

Objevují se názory, že medicínský establishment sám o sobě se stal významným nebezpečím pro zdraví lidí. Kriticky je analyzována klinická a sociální realita týkající se nemocí vytvořených už spíše lékaři a je zkoumána kultura zdraví, nemoci a utrpení, případně smrti právě z tohoto pohledu (Illich, 2012). V konkrétnostech ještě kritičtěji vyznívají třeba široce publikované názory lékaře a publicisty Bena Goldacreho na zneužívání lékařské vědy a pochybné praktiky, nalézané třeba ve farmaceutickém průmyslu (Goldacre, 2013a,b). Nejen laickou, ale především odbornou veřejnost musí nutně znepokojit věty recenzentů jako „po přečtení této knihy už nebudete věřit ničemu“ nebo „cílem této knihy je vyučovat v naději, že jednou budeme psát pod hlavičkou lékařské vědy méně nesmyslů“. Poukazuje se, jak velká farmacie i média zneužívají vědu ať již v zájmu zisku, nebo z prosté hlouposti. Vysloveně alarmující jsou doklady pro tvrzení, že „lidé trpí a umírají také proto, že křehká lékařská profese při-

pustila, aby zájmy farmaceutického průmyslu dostaly přednost před zájmy pacientů“ a že „dochází ke zkreslování vědy a úpadku zdravotnických služeb, a přitom by bylo relativně snadné tyto škody napravit“. V tomto posledním tvrzení je jistá pozitivní naděje, ale zároveň požadavek i povinnost věnovat se těmto dokladovaným analýzám jako eticky motivované prevenci neblahých událostí dalších a příštích. A to dříve, než začneme dílčím způsobem, a pohříchu spíše technokraticky, řešit dilemata genetických manipulací, klonování jedinců, umělého oplodnění, nebo dokonce znovu již zavedených postupů, jako je třeba organizace transplantologie a bioimplantologie nebo dostupnost jakékoli další moderní a žádané péče. Dokud klonovala, hybridizovala, implantovala či fertilizovala sama příroda nebo Bůh, mohli jsme cítit jen osudovou odevzdanost nebo hlubokou víru. Teď nás však naše nové schopnosti a okolnosti tlačí vnímat rovněž etickou zodpovědnost stvořitelů nového dobra či zla.

Může být možná vnímáno jako etický i filozofický problém, zda je mravné to, co je proti přírodě. Sami jsme ovšem produkty přírody, jejími příkladnými i škodlivými vyvolenci, prostým přírodním jevem a kontinuitou variability přirozeného světa. Takže asi můžeme na morální dobro nebo zlo opět nahlížet z hlediska zájmu člověka na přežití, ovšem i na jeho udržitelnosti v rámci nezničené přírody, ať už ji vidíme jako romantickou divočinu, kultivované prostředí nebo nejlépe jako kombinaci obojího.

Řešení všech dílčích společenských a etických problémů spojených s biotechnologiemi a pokrokem v lékařských vědách, poznávajících nejen podstatu nemocí, ale i zdraví a vlivů životního prostředí, je neustálý a relativně pomalý proces. Již více než dvacet let se snaží rozebrat v nových etických, legislativních a sociálních problémech např. *Ethical, Legal, and Social Implications (ELSI)* program, který řídí *National Human Genome Research Institute* v USA (McEwen, 2014). Právě v bádání o genomu jsou etické otázky probírány často, neboť zde hrozí nevratné ovlivňování osudů jedněch jinými, možná i zásah do osudů příštích generací.

Naopak menší povědomí o bioetických rozporech je třeba v oblasti nanotechnologií, ačkoli důsledky mohou být podobné (Daloiso, 2014). Jde ostatně opět jen o konání na neviditelné mikroskopické úrovni, které je některým přístupné, jiným skryté, a také tento fakt generuje problémy a rozpory v přístupu k informacím i kompetencím kvalifikovaného rozhodování. Může tak vedle sebe existovat etika informovaných a etika neinformovaných či dezinformovaných jako hluboká brázda nebo kontroverze v etice samotné.

Etické problémy lze nalézt patrně ve všem technologicky novém a dosud neuzavěřeném, co člověk činí pro dobro své i bližních a co se dá využít, pokazit či zneužít. V tom je ostatně ambivalence všeho lidského konání.

Relativně samostatným problémem nové doby je etika klinických studií, které s množstvím testovaných léčivých přípravků a v počtu i objemu vynakládaných prostředků akcelerují. Etická stránka tohoto světa hodnocení účinků nové léčby zkoušením na lidech, jakkoli etickými komisemi schváleným, zasluhuje trvalou a mimořádnou pozornost. Má své halasné zastánce, velkou masu ne vždy zcela informovaných konzumentů informací ze studií vzešlých, ovšem i své kritiky (Goldacre, 2013a,b). A to zejména s poukazem na distorze nejen etického, ale i vědeckého základu, či dokonce serióznosti takové práce. Část těchto studií má v pozadí nejen vědecké, humanistické a filantropické cíle, ale zejména cíle komerční a konkurenční. Ryze akademických studií je stále jen menšina a ani ty nemusejí být prosty rizik pochybení.

Jde o statisíce a miliony nemocných, kteří do klinických studií masově vstupují, vesměs o vlastní vůli a s příslibem přístupu k nové a předpokládaně lepší léčbě. To se potvrdit může, ale také nemusí, řada studií končí bez výsledku, nebo selhává zcela. Co s praxí přerušených a nedokončených klinických studií? Jak interpretovat etičnost těchto společensky zdánlivě prospěšných akcí, když k výsledku vůbec nedospěly? V průběhu dvanácti let bylo přerušeno či ukončeno 252 z 1097 (25 %) velkých klinických studií, aniž dosáhly výsledku, jen 38 % ukončení bylo oznámeno a projednáno v etických komisích (Kasenda, 2014).

Některé zprvu úspěšné studie nejsou potvrzeny dalšími nebo praxí, některé nejsou reprodukovatelné. Metaanalýzy ukazují, že výsledky podobného testování jsou nezdánlivě rozporné. Je běžné, že některé studie přínos nového postupu potvrdí, jiné nikoli. Z vědeckého hlediska jde přý o postup korektní, z hlediska jednotlivce už tak korektní být nemusí, zejména ocitl-li se v oné podskupině subjektů s komplikacemi, zbytnou zátěží, nebo dokonce ohrožením života málo prozkoumanou terapií.

Jde tedy o konflikt jakési kolektivně vnímané etiky zájmu celku a rizikového vlivu na individuální zájem či osud jedince. Problém je zejména u studií fáze I a II, které titrují vhodnou dávku a sledují nežádoucí účinky u nevyléčitelných stavů. Možný příslib nového pozitivního efektu ani u beznadějného stavu není patrně vyvážen problémy, které experimentální léčba působit může, a nepochybně i působí, neboť jinak by nemohla být stanovena vhodná dávka ani popsány nežádoucí účinky léčby. Ukazuje se také, že ona tolik na odiv stavěná etická pravidla studií mohou mít vratký základ, jsou-li jejich verze stále inovovány, doplňovány a občas se ukáže, že nová verze je méně přijatelná než verze starší (Van der Graf, 2014).

Rozpory a defekty v etice studií mohou být vyšší v regionech s méně rozvinutou kontrolou klinických hodnocení, nepochybně také v závislosti na ekonomických, sociálních a kulturních podmínkách oblasti. Avšak ani země s vyzrálými etickými kodexy a pravidly klinických hodnocení nejsou za různých podmínek vůči distorzím a defektům výzkumné praxe imunní.

Etické otázky kladou nejen studie lékové, ale i preventivní, které se opírají třeba o aktivní imunizaci čili vakcinaci (Rid, 2014). Je vůbec etické srovnávat efekt vakcíny v masovém měřítku s placebem? A jaká je vlastně role placebo obecně, lze ho přehlížet, nebo ho lze pragmaticky nazývat jiným účinkem, ať už jeho podstata jakákoli (Arnold, 2014)?

Dilemata dárcovství orgánů a tkání a transplantologie se snad daří oficiálně zvládnout, i když stále bují pokusy o kriminální distorze dárcovství orgánů především v rozvojovém světě, nicméně indukované zákazníky ze světa rozvinutého a regulovaného. Možná nám onu medicínu „náhradních dílů“ pomohou více řešit nové biotechnologie a bioimplantologie.

Dalšími velkými tématy etiky jsou také reálné možnosti volby pohlaví dítěte, mateřství při náhradní matce donášející oplodněné vajíčko jiné ženy, změny pohlaví, až po již běžné opravy přírody kosmetickými plastickými operacemi nezbytnými, zbytečnými, rizikovými, či dokonce poškozujícími.

Biomedicínský pokrok tedy v sobě nepochybně nese naděje i rizika, včetně jejich etických stránek.

1.2.7 Etika veřejného zdravotnictví versus etika klinické medicíny

Veřejná ochrana zdraví stojí na jiné doktríně než klinická péče o jednotlivce. Etické stránky obou pohledů se mohou jevit i rozporně, a přitom jsou ve vyspělém zdravotním systému neoddělitelné. Jde o typicky hegelovskou jednotu, která rozpory v zájmech jedince a společenství nevyklučuje. Pokud jedince společný zájem pouze omezuje, třeba organizačně, nevyvolává to zpravidla větší konflikt. Pokud je však jednatel takto přímo ohrožen na svých zájmech existenčních, na zdraví či životě, může ke konfliktu dojít, ale morálka společenství pak zpravidla vítězí.

Aktuálně známý je třeba jistý rozpor zájmu na maximální proočkovanosti populace pro eliminaci dané infekční nemoci a obava jedince (respektive matky) z nežádoucích až fatálních účinků očkování na dítě, jakkoli jsou statisticky vzácné a raritní. I riziko malého zlomku procenta je však pro postiženého jednotlivce stoprocentním naplněním obavy a etika veřejného zájmu zde medicíně při vysvětlování jednotlivého zkomplikovaného případu příliš nepomůže.

Existuje ovšem hlavně trvalý problém konfliktu ekonomických zájmů společnosti na udržitelném financování zdravotnictví a dosažitelné úrovni péče s nároky, které rapidně rostou vlivem informací o pokroku medicínského poznání a technologií. Je to další příklad konfliktu zájmu jedince se zájmem společenství, zejména při nedostatku kapacit, zdrojů nebo času.

Ostatně také třeba principy třídění raněných podle závažnosti ve válce nebo při hromadných neštěstích v míru, jakkoli jsou racionální z pohledu celku a organizace účinné pomoci, mohou být vnímány jako defekt v etickém jednání zdravotníků z pohledu trpícího jednotlivce nebo jeho blízkých. Vždy jde o kompromis, jehož si jedinec jako člen nějakého společenství musí být vědom a na který má být celoživotně připraven.

Stejně důležité jako stanovení priorit lékařskými týmy jsou akceptace těchto priorit a hledání konsenzu ve veřejnosti, což vyžaduje informovanost, osvětu a zpětnou vazbu, a to dříve než problémy z neporozumění nebo nedorozumění nastanou. Není příliš moudré, že jsme tak rychle skončili s tzv. civilní obranou i zdravotní osvětou jako se zdánlivými relikty minulosti, a učinili tak společnost ve vztahu k nenadálým rizikům i katastrofám zranitelnější.

Je etické opomíjet prevenci a veřejnou ochranu zdraví a věnovat se především prohlubování péče o jednotlivce, či preferovat komerční zhodnocování této individuální péče, jak doba nabízí (Leeder, 2004)?

Máme tedy při snaze zajistit právo občana na medicínskou péči, včetně kvality a výsledku, trvale co do činění s neoddělitelnými kategoriemi medicínské etiky klinické, etiky veřejného zdravotnictví, ale také etiky medicínského výzkumu a pokroku, zdravotní politiky a práva veřejného zdravotnictví (Carter, 2012). Etická hlediska jsou v praxi součástí každodenního uvažování, rozhodování a jednání i stálou konfrontací zájmů veřejnosti a jednotlivců.

Extrémní nároky na etické konání se mohou v současném světě vyskytnout při zvládání hromadných neštěstí, pandemií, humanitárních katastrof, teroristických útoků či globálních ohrožení, což implikuje už další samostatnou kategorii morálky nebo etiky krize (Daugherty Biddison, 2014). Její pravidla nebo rozvolňování těchto pravidel pak odpovídají extrémní situaci.

1.2.8 Etika ve světě medicíny ovlivňovaném ekonomikou a politikou

Do lékařské etiky stále více nezbytně vstupují, nebo se i zbytně vtírají, ekonomika a politika. I ty by měly mít a respektovat etické zásady. Často se je nedaří účelně nalézt, nezřídka se prezentují jen fragmenty etiky. Občas zaměňují s etikou mělnivé právní normy, případně účelovost prezentovanou jako veřejný zájem. Někdy je to objektivně těžké, zpravidla však chybí jen vůle nebo erudice. Někdy je to jen touha po vlivu, boj o příležitost.

Zanedbávaná je dosud potřeba informovanosti manažerů a politiků v otázkách etiky lékařské vědy a etiky veřejného zdravotnictví (Beaudry, 2013). Politici, ekonomové a různí správci i dodavatelé vstupují často do řízení zdravotnictví bez základních zdravotnických znalostí nebo osobních zkušeností a prožitků. Může jim unikat nejen podstata medicínského snažení, ale i etické důsledky reforem a nových způsobů řízení nebo ekonomizujících postupů.

Dochází-li k rozporům mezi zájmy správy zdravotního pojištění či zdravotnické instituce a zájmem nemocných, je tendence přesouvat řešení na výkonné lékaře a dilemata ponechávat na nich. Je to stejně neférové jako zpomalující pro nastavování udržitelných mechanismů a proporcí. Je někdy s podivem, jak se lpí na kvalifikaci a praxi lékaře, aby mohl řídit třeba jen malý kolektiv kolegů zdravotníků, a jak snadné je stát se manažerem velkých segmentů zdravotnictví, ovlivňujícím podmínky zdravotní péče a osudy velkých počtů pacientů i zdravotníků. Podíl neprofesionálního řízení se prohloubil s disagregací struktury a průnikem nepřiměřeného liberalizmu do zdravotnictví, vnímaného někdy mylně jen jako jedno z atraktivních hřišť pro podnikání.

Nutnou strategií zdravotnické instituce či podniku jsou vícehodnotové a sdílené vize, a to tak, aby nedominovaly jen ekonomické nebo kvantitativní cíle (Mills, 2005). Ačkoli se často dostávají do rozporu hlediska odborná a administrativní, musejí se uplatnit ve vhodných proporcích obě. Dřívější pouze lékařské kvalitativní řízení je překonané stejně jako pouhý ekonomizující a technokratický přístup k managementu zdravotnictví. Rozhodují vize a naplňování cílů, nikoli rigidní, umělá a často životem samým překonaná byrokratická pravidla.

Eticky založená instituce, jakou má být každá nemocnice či jiné zdravotnické zařízení, vyžaduje cílevědomé budování, a jde tedy o náročný proces závislý na dobré organizaci, řízení, plánování, komunikaci a vyhodnocování výsledků s parametry zahrnujícími prospěch nemocných s etickými hledisky, tedy skutečný smysl zdravotní péče (Nelson, 2014).

1.2.9 Rekapitulace etiky jako teorie morálky a medicíny jako morálky praxe

Také v závěru lze opakovat řečnickou otázku, jaký smysl a důsledky by měla medicína bez etiky? Byla by jen aplikací něčí technologie na něčí organizmus? Odlidštěným zaměstnáním? Formou úspěšného byznysu? Plošným rizikem vzešlým paradoxně z pokroku?

A co pokrok v etice medicíny? Umíme etičnost rozhodování měřit a vyhodnotit metodikou *health technology assessment* (HTA) či *evidence based medicine* (EBM)? Zjevně neumíme.

A co spokojenost nemocných? Je jedním z neodmyslitelných kritérií etiky medicíny, nebo lze konat eticky i při zjevné nespokojenosti nemocného? Stojí etika mimo aktuálního nemocného, nebo je pevně svázána právě s jeho individualitou a osobností?

Zběhlí filozofové by asi kladli i jiné otázky, možná kvalifikovaněji, možná cizelovanější, ale možná také bez vnímání pachu krve a slz, tělesného utrpení, psychického strádání či konkrétní bolesti. Lze vůbec takto etiku „znečistit“ přílišnou konkrétností situací a zatahováním do všech zákoutí života?

Jiný encyklopedický název pro etiku je teorie morálky. Medicína potřebuje zejména na praxi morálky. Vstupuje do nejintimnějších, ať již fyzicky živočišných, ale i vysoce duchovních lidských prožitků, které člověka nejednou stavějí na hranu existence, nebo přinejmenším mimo komfort plného zdraví.

Je-li zdraví definováno jako jednota komfortu tělesného, psychického a sociálního a nemoc či úraz jako diskomfort či ohrožení lidského organismu s psychickými i sociálními důsledky, pak ani etika medicíny nemůže vynechávat některou z těchto tří vzájemně provázaných komponent. Může nabývat někdy příliš biologizujících pohledů, jindy naopak příliš psychologizujících či teologizujících, třeba i transcendentálních. Může nabýt i podoby politizující a ideologizující. Nic lidského asi nemůže být ani etice cizí.

Hledání a nalézání těžišť a etických východisek není jen věcí vzdělání. Vychází také z osobnosti člověka, z jeho vlastní zkušenosti a komparací se zkušenostmi jiných. Je možno vyučovat studenty, co je morálně přijatelné, a co není, v kontextu doby a kultury dané společnosti. Je možno apelovat na empatii či emoční stránky jednotlivce, který se rozhodl pro lékařské povolání. Není však možno zajistit, že se onen jedinec vždy podle návodu také zachová. Také ani nevíme, zda již máme dostatek návodů pro všechny přepestré situace, které medicína a její rozvoj přinášejí.

Medicína je ovšem pouze jedna z oblastí lidských vztahů. Etika na úrovni moderní společnosti stojí před řešením velkých a závažných otázek, nakolik má či smí člověk vstupovat do „díla božího“ nebo díla přírody, ač je zřejmé, že celé dějiny lidstva nejsou ničím jiným než právě tímto vstupováním. Jde o otázky od početí jako splynutí dvou buněk v jednu, život jedince dále se vyvíjejícího až po problémy spojené s jeho koncem. To zahrnuje tisíce situací k rozhodování vlastních, s jinými, o jiných i za jiné. Nejen z hlediska jedince, ale i „zájmové skupiny“ druhu *Homo sapiens*.

Mají být přirozené orgány a tkáně náhradními díly? Je naopak vhodnější je „přestovat“ a tím se pasovat do role přírodního nebo božího tvůrce? A co všechno máme právo nahrazovat umělým způsobem? Jen klouby či vzhled, nebo také funkce mozku a tím měnit individualitu? Lze vždy zájem skupiny či společenství nadřadit zájmu jednotlivce? Jaká je vůbec cena zdraví, cena kvality lékařské práce, jde jen o požadavek léčit, nebo zejména vyléčit?

Stále platí, co už kdysi v antice vyslovil Seneca: „*Lékaři platíme za práci, za jeho srdce mu zůstáváme dlužní.*“ Platí to také při dravé komercializaci medicíny, která může i oddělit práci od srdce?

Teorie autentické etiky říká, že morální a etické je to, co je konáno z plného přesvědčení. Pouhé osobní přesvědčení o správnosti však v medicíně nestačí, neboť je silně modulováno vzděláním a zkušeností. Kde může být jeden přesvědčen, že už pomoci není a etické je nekonat, může jiný nabýt přesvědčení, že etické je naopak konat.

Rozhodne-li se sám pacient, je to pro lékaře úlevné. Zpravidla se však sám nerozhodne a žádá radu či rozhodnutí po lékaři. Je pak etické konat podle standardů, gui-

delines, postupů dokladovaných statistickou evidencí, osobní zkušenosti nebo prostě podle přesvědčení, které je jakousi komplexní syntézou všeho uvedeného? A je vůbec taková syntéza možná?

Nejen medicína západního světa vnímá (po jistých asociálně destruktivních tendencích neoliberalizmu a zaujetí neregulovaným trhem) obrozující vliv pojetí péče o lidské zdraví jako umění humanity čili lidskosti než jako pouhé podnikatelské činnosti. Podobné revize provádějí i jiné než jenom západní kultury, možná dokonce snáze na základě svých dávnějších tradic (Tucker, 2014).

Pod vlivem dění a tendencí také u nás člověka napadne, zda není občas třeba jakéhosi obrodného aktivizmu, nebo alespoň výkřiku „HODÍME záchranný kruh“ jako akronymu pro *Hnutí za Obnovu Důstojnosti a Ideálů Medicíny* (Žaloudík, 2013). Jistě má jít o hnutí myslí spíše než hnutí s politickými cíli. Důstojnost a ideály medicíny, jimiž jsou pomoc bližním, hledání pravd o člověku a přírodě a podpora vzdělanosti, jsou totiž jejími vrcholně etickými principy, bez nichž medicína v kvalitě upadá a chřadne. Nejde pouze o to, aby etické aspekty lépe vstřebávala každodenní praxe i organizace moderní zdravotní péče, nýbrž aby je následovalo ekonomické, politické a právní vnímání zdravotnictví a jeho poslání v sociálně vyspělé a stabilní společnosti.

Lékaře ani pacienty k ideálnímu obrazu vytvořit neumíme, umíme je možná vychovávat, působit na ně příkladem, edukovat, sankcionovat. Do tohoto rámce je nutno ve všech formách vzdělávání pregraduálního, postgraduálního i osvětového vzít také etiku znalostí, postupů, informací. Dříve to byla doména církve. Část problémů se možná zvládla, část jen zamlžila či nahradila dogmatem nebo obavou ze sankce. Ve věřící společnosti je zavedení pravidel snazší. Ve společnosti vírou jen lehce dotčené, ale vírou neřízené, či dokonce víry zbavené, je to těžší. Je otázkou, zda společnosti s rysy té či oné totality jsou na tom s vírou hůře, či lépe než společnosti silně liberalizované. Nepochybně však historicky a pragmaticky vítězí víra v jednoho Boha spíše než v desítky bůžků a skřítků.

Podobně nadějnější může být věřit v jednu celistvou medicínu, nikoli vytvářet modly z dílčích technologií, postupů, populárních léků, lékařů či institucí. Víra v pomoc pacientům nepochybně pomáhá, a to i pokud se mají za bezvěrce. Pokud se však v medicíně nezklamou. A zklamat lze nejen nedostatkem znalostí, dovedností, provázaností postupů, ale také nekomunikativními a neetickými přístupy.

Každopádně se snáze o etice hovoří, než se do života vnáší. Mnohdy nevíme, co je správné, a pak je vskutku jediná možná cesta užít svého nejlepšího vědomí a přesvědčení, tedy rozumu i citu v jednotě.

Etika při podrobnějším rozboru zjevně nabízí více otázek než odpovědí. Není možná mylné poznamenat, že etika je také odpovědnost a motivace pravdivě se tázat.

Literatura

- ABBASI, I. N. Protest of doctors: a basic human right or an ethical dilemma. *BMC Med Ethics*, 2014; 10(15), s. 24.
- ARNOLD, M. H., FINNISS, D. G., KERRIDGE, I. Medicine's inconvenient truth: the placebo and nocebo effect. *Intern Med J*, 2014; 44(4), s. 398–405.
- BEAUDRY, N. Training of managers and politicians in ethics of science and ethics of public health. *J Int Bioethique*, 2013; 24(2–3), s. 125–132.
- BIGGAR, N. Why religion deserves a place in secular medicine. *J Med Ethics*, 2014 Apr 24. doi: 10.1136/medethics-2013-101776. [Epub ahead of print]

- CARTER, S. M., KERRIDGE, I., SAINSBURY, P., LETTS, J. K. Public health ethics: informing better public health practice. *N S W Public Health Bull*, 2012; 23(5–6), s. 101–106.
- DALOISO, V., RICCI, G., MINACORI, R. et al. The ethical and legal implications of nanotechnologies: a preliminary survey to picture the perceptions of law students and medical students. *Clin Ter*, 2014; 165(2), s. 109–114.
- DAUGHERTY BIDDISON, E. L., GWON, H., SCHOCH-SPANNA, M. et al. The Community Speaks: Understanding Ethical Values in Allocation of Scarce Lifesaving Resources during Disasters. *Ann Am Thorac Soc*, 2014; 4, 24.
- GOLDACRE, B. *Prolhaná věda (Bad Science)*. Brno: CPress, 2013. 312 s.
- GOLDACRE, B. *Zkorumpovaná farmacie (Bad Pharma)*. Brno: CPress, 2013. 320 s.
- ILLICH, I. *Limity medicíny aneb Nemesis medicíny či zaprodané zdraví*. Brno: Emitos, 2012. 177 s.
- KALDIS, B. Could the ethics of institutionalized health care be anything but Kantian? Collecting building blocks for a unifying metaethics. *Med Health Care Philos*, 2005; 8(1), s. 39–52.
- KASENDA, B., VON ELM, E., YOU, J. et al. Prevalence, Characteristics, and Publication of Discontinued Randomized trials. *JAMA*, 2014, 12; 311(10), s. 1045–1051.
- KLEIN, N. *Šoková doktrína (The shock doctrine)*. Praha: Argo, 2010. 546 s.
- KUMAR, P., TEMEL, J. S. Rozhovory o péči na konci života pacientů s pokročilým zhoubným nádorem. *J Clin Oncol*, 2013; 31(27), s. 3315–3319 (česká mutace JCO 2014, 6[1], s. 5–9).
- LEEDER, S. R. Ethics and public health. *Intern Med J*, 2004; 34(7), s. 435–439.
- McEWEN, J. E., BOYER, J. T., SUN, K. Y. et al. The Ethical, Legal, and Social Implications Program of the National Human Genome Research Institute: Reflections on an Ongoing Experiment. *Ann Rev Genomics Hum Genet*, 2014; 4, s. 224.
- MILLS, A. E., SPENCER, E. M. Values based decision making: a tool for achieving the goals of healthcare. *HEC Forum*, 2005; 17(1), s. 18–32.
- MORENO, J. D. Ethics consultation as moral engagement. *Bioethics*, 1991; 5(1), s. 44–56.
- NELSON, W. A., TAYLOR, E., WALSH, T. Building an ethical organizational culture. *Health Care Management*, 2014; 33(2), s. 158–164.
- RID, A., SAXENA, A., BAQUI, A. H. et al. Placebo use in vaccine trials: Recommendations of a WHO expert panel. *Vaccine*, 2014; 4, s. 12–14.
- STANKOVIC, B., STANKOVIC, M. Educating about biomedical research ethics. *Med Health Care Philos*, 2014; 4, 22.
- SVENAEUS, F. Empathy as a necessary condition of phronesis: a line of thought for medical ethics. *Med Health Care Philos*, 2014; 17(2), s. 293–299.
- TUCKER, J. D., NIE, J. B., CHEBY, Y. et al. Reviving medicine as the art of humanity in China. *Lancet*, 2014; 383(26), s. 1462–1463.
- VAN DER GRAF, R., VAN THIEL, G. J., VAN DELDEN, J. J. Best proven care not always the best control. *Ned Tijdschr Geneeskde*, 2014; 158, s. A7227.
- WYNIA, M. K., PAPADAKIS, M. A., SULLIVAN, W. M., HAFFERTY, F. W. More than a list of values and desired behaviors: a foundational understanding of medical professionalism. *Acad Med*, 2014; 89(5), s. 71–74.
- ŽALOUDÍK, J. HODIME záchranný kruh? *Rozhledy v chirurgii*, 2013; 92(10), s. 543.

1.3 Etika medicíny 21. století v historických kontextech

Marta Munzarová

Chceme-li se zamýšlet nad etikou medicíny, pak je třeba si na prvním místě položit otázku, zda má lékařství svou vnitřní, inherentní mravnost, anebo zda by se tato mravnost měla přizpůsobovat morálce „zevní“, podle toho, na čem se společnost v určitém okamžiku svého vývoje domluví, a tedy určí, co je vlastně mravné i pro konání lékaře. Názory různých myslitelů se často ocitají v poloze zcela protikladné. Této problematice je věnováno mnoho úvah, např. již v roce 2001 celé číslo *The Journal of Medicine and Philosophy* (Munzarová, 2003b); v našem diskutovaném kontextu jde o otázky naprosto klíčové.

V následujícím textu bude nejdříve představen velmi stručný nástin historie lékařské etiky odpradáva až do dnešních dnů. Budou připomenuta největší selhání lékařů v dějinách – a to tehdy, pokud se přizpůsobovali morálce „zevní“. Ztotožňovali se s názorem, že existuje život nehodný života (*lebensunwertes Leben*), který je možno beztravně zničit, anebo ještě lépe využít pro dobro ostatních, např. jeho použitím ve výzkumu. Bude přiblížena dnešní situace na poli bioetiky a biomedicíny a významné mezinárodní dokumenty, jejichž tvorba je motivována právě obavou o člověka, jehož zájmy a blaho musí být nadřazeny zájmům společnosti a vědy. Lékařská etika nesmí být vydána napospas zcela náhodným proudům, které aktuálně převažují ve filozofii.

1.3.1 Historie lékařské etiky

Obecně přijímaným základem etiky lékařů byla vždy etika vycházející z Hippokratovy přísahy (Munzarová, 1996a). V ní byla zakotvena řada závazných návodů, určujících správné jednání ve vztahu k nemocnému, stejně tak jako zdůraznění důležitosti „čistoty a posvátnosti života“ lékaře samotného. Rozhodování lékaře spočívalo na posouzení, zda určitá forma jednání vyústí v dodržení těchto zásad, a to nejen vůči nemocnému, ale i vůči sobě samému. V průběhu času byl text v naší kulturní oblasti uváděn do souladu se židovsko-křesťanskou tradicí a zásady byly rozšiřovány také o jiné povinnosti, aniž by byly v rozporu s oněmi původními, v přísaze uvedenými. Takové syntézy se staly výchozím bodem novějších lékařských přísah a etických kodexů. Nebylo žádných důvodů k tomu, cokoliv v tomto směru zpochybňovat.

Určitou změnu je možno vysledovat až v nedávných staletích. Lze připomenout teorii poznání Johna Locka, polemizující proti vrozeným idejím a pojmům, Rousseauovu interpretaci „společenské smlouvy“ a Kantovu angažovanost pro respekt k autonomii osoby (Veatch, 1981). K otevřené kritice výše uvedených zásad však dochází až ve druhé polovině 20. století, především v USA. Důvodem byly velké změny v oblasti společenské obecně (dostupnost vzdělání, rozšíření demokratických principů skrze uplatňování občanských práv, nedůvěra v autority a instituce jakéhokoli typu apod.), stejně tak jako v lékařství samotném (specializace, institucionalizace, depersonalizace léčebné péče, přibývání těžkých a netušených etických problémů, souvisejících s novým poznáním a s novými možnostmi).

Mnozí si představovali, že v řešení různých dilemat mohou posloužit právnické předpisy, jiní zpochybňovali jakoukoliv etiku vůbec. Filozofové začali propagovat různé vzorce a mísili tradiční myšlení s variantami konsekvencialistických a deontologických teorií. Avšak teorie o „*prima facie*“ principech, zásadách evidentních na první pohled (Ross, 1939), měla mimořádný ohlas; brzy se stala vzorem pro to, „jak dělat lékařskou etiku“ (*National commission*). Vývoj principů má rovněž svou historii, dodnes jsou uznávány čtyři hlavní: respekt k autonomii nemocného, dobročinnění, neškození a spravedlnost (Beauchamp, Childress, 1979). Principy dobročinnění a neškození jsou v naprostém souladu s tradiční etikou hippokratovskou a princip spravedlnosti je znám a zvažován již od dob napoleonských válek. Významný lékař Dominique Jean Larrey třídil raněné na bitevních polích; přednostně byli ošetřeni ti, u nichž byla největší naděje na léčebný úspěch, naposled ti, kteří by pravděpodobně zemřeli, i kdyby byli ošetřeni. V literatuře je dodnes používán pro tento princip jeho termín „triáž“. I při dnešních hromadných katastrofách a v situacích akutních příjmů se uvažuje podobným způsobem. Princip spravedlnosti je jistě třeba promýšlet při třídění prostředků ve zdravotnictví.

A tak snad jen „nový“ princip respektu k autonomii člověka (nebo lépe jeho nepřipadlivé chápání a přílišné zdůrazňování) by mohl být někdy v nesouladu s hippokratovskou etikou. Hodnoty nemocného, jeho přání a preference musí být zcela jistě určujícími při výběru možných léčebných rovnocenných alternativ, je třeba získat jeho informovaný souhlas s veškerým děním, obzvláště ve výzkumu, a rovněž je nutné spolu s ním zvažovat možnost ukončení takové léčby, která je již zbytečná a/nebo nadměrně zatěžující. Je však otázkou, zda tato snažení nejsou jen „dobročinněním“ a „neškozením“ a zda je vůbec třeba tuto záležitost zdůrazňovat jako samostatnou a nejdůležitější jednotku. Na autonomii nemocného nelze vždy stavět už i proto, že jedním z cílů léčby je nemocnému jeho autonomii naopak navracet. Je nutno také zdůraznit, že lékař není povinen vyhovovat jakémukoliv přání nemocného, pokud by bylo např. v rozporu s jeho vlastním svědomím (Munzarová, 1996b).

1.3.2 Selhání lékařů

Uvažování nad touto otázkou se neobejde bez historických kontextů. Je nutné připomínat skvrnu, která se stala a která se nedá „odestát“; je třeba se z ní poučit. Jistě by se v historii našlo v tomto ohledu mnoho jiných skutečností, nejvýraznější je lze však demonstrovat z období nacizmu – nebo lépe z doby, která nacizmu předcházela (Alexander, 1949; Annas, 1992; Caplan, 1992; Daryl Charles, 2005; Lang, 2014; Lifton, 1986; Munzarová 1995 a 2012). V úvahách je proto třeba vrátit se až do konce 19. století, kdy se němečtí badatelé, aplikující Darwinovo učení na společnost, obávali degenerace lidské rasy a snažili se prosazovat nový druh hygieny – rasovou hygienu. Ta do 20. let 20. století, kdy se část stoupenců rasové hygieny ztotožnila s národním socializmem, spolu s biologii (resp. biologizmem) sehrála podstatnou úlohu v nacistické ideologii. Biomedicínská nacistická politika padla na již připravenou a úrodnou půdu. Na německých univerzitách byly zakládány a všestranně podporovány ústavy věnující se rasové hygieně a tento obor se stal i vyučujícím předmětem již před nástupem Hitlera k moci. Genetické registry ústavů byly velkým pomocníkem v „zátahu“ na Židy a na jiné nežádoucí kategorie obyvatelstva po začátku války. Nacističtí vůdci