

Universita Karlova v Praze
Evangelická teologická fakulta

Bakalářská práce

Téma: Etická tkáň v paliativní péči

Autor: ing. Monika Veselá
Obor: Pastorační a sociální práce, kombinované studium, ročník 3
Vedoucí bakalářské práce: ThLic.Ing. René Milfait, Th.D.
Termín: listopad 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci **Etická tkáň v paliativní péči** zpracovala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů a literatury.

V Praze 14.11.2008

ing. Monika Veselá

Úvod.....	5
1 Křesťanská etika	6
1.1 Význam Ježíše z Nazaretu	6
1.2 Proprium křesťanské etiky	7
1.3 Biomedicínská etika	7
1.4 Obraz člověka	8
2 Lidská důstojnost	10
2.1 Pohled na lidskou důstojnost a autonomii prostřednictvím Emanuela Kanta.....	10
2.2 Lidská důstojnost pacientů.....	11
2.3 Nově ustanovené kategorie z oblasti dodržování pravidel lidské důstojnosti:	13
2.4 Současné pojetí lidské důstojnosti	15
2.5 Lidská důstojnost – metafyzický rozměr	17
3 Lidská práva	18
3.1 Lidská práva v souvislosti s koncem života	19
3.2 Mravní autonomie	21
4 Paliativní péče.....	22
4.1 Vymezení pojmu Paliativní péče:.....	23
4.2 Hlavní znaky a charakteristiky paliativní péče	24
4.3 Základní klíčové koncepty v souvislosti s paliativní péčí:	25
4.4 Co není paliativní péče.....	26
4.5 Počátek paliativní péče.....	26
4.6 Cíle a účel paliativní péče	27
4.7 Zásady moderní paliativní péče	27
5 Americký principialismus.....	28
5.1 Beneficence.....	29
5.2 Nonmaleficence.....	29
5.3 Spravedlnost	33
5.4 Autonomie pacienta.....	34
6 Celistvost	35
7 Důstojné umírání a dobrá smrt.....	36
8 Komunikace s pacienty a naděje.....	36
Závěr.....	39
Resumé v českém jazyce	41
Resumé v anglickém jazyce	42

Monografie:	43
Přílohy:	46 - 125

Úvod

Velmi mě zaujímá použití etických principů v oblasti paliativní péče, a to zejména péče o umírající.

Domnívám se, že této oblasti nevěnuje současná společnost dostatečné místo a důležitost. Pro tuto oblast neexistuje dostatečná společenská podpora a díky tomu není dostatečně ani upraven právní rámec paliativní péče.

Skupina umírajících, je skupinou vyřazenou z aktivního života (sociální exkluze).

Tato sociální skupina není pro současnou společnost atraktivní. Společnost si neváží jejího přínosu z minulosti. Tito lidé již nepřinášejí prospěch pro ekonomiku (nepřinášejí nová finanční aktiva společnosti), politiku (nejsou politicky organizovaní a nepředstavují hrozbu pro politické uspořádání společnosti) ani kulturní (umírání a smrt je v moderní společnosti vytěsněná z běžného života do nemocnic, smrt a umírání není součástí života). Takový je tedy celkový přístup na úrovni společnosti. Vše se ale dramaticky mění v době, kdy se události smrti týkají ne společnosti jako takové, ale bezprostředně nás samých. Když se například v naší bezprostřední blízkosti stane, že někdo z našich bližních, blízkých a milovaných lidí, odchází ze života.

Teprve v této fázi se zajímáme, jak je vlastně společensky, pečovatelsky a finančně zabezpečena tato oblast. Obvykle se setkáme pouze s „technickým“ řešením zdravotních obtíží a na celostní přístup k umírání resignujeme. Celý proces umírání a přijetí smrti je velmi náročný nejen pro umírajícího samotného, ale i pro jeho okolí. Toto citlivé období, ve kterém si většinou nevíme moc rady (příprava na umírání a smrt v naší společnosti neexistuje a ani se nevyučuje ve školách) se spoléháme na pokročilou medicínu a zdravotní systém.

Mnohdy jsme ale rozčarováni, že se s umírajícím nezachází tak, jak bychom si představovali (potlačovaná lidská důstojnost, autonomie, disrespekt, nedostatky v komunikaci) a naše nespokojenost vzrůstá.

Ráda bych se ve své práci více podívala celkově oblast paliativní péče a v limitovaných možnostech (časových a prostorových) bych ráda nejenom zachytila hlavní oblasti zájmů,

danou problematiku, ale zaměřila se i na etický rozměr v této specifické oblasti, který je, dle mého názoru, pro paliativní péči a medicínu naprosto zásadní, zároveň nedoceňovaný a opomíjený.

1 Křesťanská etika

Vzhledem k tomu, že je tématem mojí bakalářské práce je zkoumání etických aspektů v paliativní péči v rámci křesťanské etiky, nejprve bych ráda vymezila předmět křesťanské etiky samotný.

Pojďme se podívat na pojem etiky jako takový: „Etika je vědecká reflexe morálního chování a mravního jednání a úsudku z perspektivy toho, co je správné a dobré.

Jak se na to, co je správné a dobré dívá křesťanská etika? Východisko nachází v křesťanské víře, jako takové.“⁽¹⁾ (přednáškový cyklus Křesťanská etika, léto 2008, ETF, René Milfait).

O křesťanské etice tedy můžeme mluvit, jako o vědecké reflexi morálně – mravního úsudku a jednání člověka v křesťanské víře. Křesťanská etika je tedy teorií, která podrobuje lidské konání zkoumání z hlediska evangelia.⁽²⁾ (přednáškový cyklus Křesťanská etika, léto 2008, ETF, René Milfait).

Ptá se nás, zda je naše jednání správné či nikoli a to z hlediska křesťanské víry a vyvozuje z toho plynoucí důsledky. Nezásadnější důsledky plynou z otázky posledního cíle a jeho naplnění či nenaplnění, tak jak je zprostředkováno v biblickém zjevení.

1. 1 Význam Ježíše z Nazaretu

V biblickém zjevení náleží zásadní význam postavě Ježíše z Nazaretu. Porozumění Ježíšově působení osvětlí vztah víry a etiky, dle křesťanského náhledu. Ježíš v celém svém životě hlásá sounáležitost Boha s lidmi, která se zakládá na důvěře a lásce. Dle biblického ztvárnění Ježíše z Nazaretu budeme vždy jednat eticky, když se necháme

¹ Přednáškový cyklus léto 2008, Křesťanská etika, René Milfait

² Přednáškový cyklus léto 2008, Křesťanská etika, René Milfait

prostoupit Bohem a na tomto základě uděláme v každém okamžiku a situaci to nejlepší, co je možné. Jaké je tedy specifikum (proprium) křesťanské etiky?

1.2 Proprium křesťanské etiky

Proprium (ve smyslu jedinečnosti) křesťanské etiky je obsaženo v rozhodnutí pro osobu Ježíše Krista a to znamená pro určité porozumění člověku (tzv. obraz člověka) a Bohu.

Obě tyto specifiky jsou vzájemně propojené a vychází z nich zcela jedinečný horizont smyslu. Bůh volá člověka k zodpovědnosti za tento svět. Tímto jsou formovány dvě základní charakteristiky člověka: **rovnost všech lidí a jedinečnost každého člověka.**³ (přednáškový cyklus Křesťanská etika, léto 2008, ETF, René Milfait).

Protože se, v souvislosti s naším tématem, dostáváme do kontaktu i s dalšími typy etiky, ráda bych dále představila biomedicínskou etiku a to zejména v kontextu paliativní péče, která se zabývá okruhem otázek souvisejícími s koncem lidského života.

1.3 Biomedicínská etika

Biomedicínská etika formuluje a přezkoumává morální pravidla pro vědecko-technické zacházení s životem obecně, zejména s lidským životem. Řeší i otázky biomedicíny, které nesouvisejí bezprostředně se vztahem lékař-pacient, zdravotní sestra-pacient. (⁴přednáškový cyklus Křesťanská etika, léto 2008, ETF, René Milfait).

Pojem bioetika byl poprvé použit v roce 1971 v USA (onkolog Potter; Kennedyho institut) takto: „Etická reflexe problémů blízkých medicíně, zejména v souvislosti s biovědami, která přesahuje étos povolání a medicínskou (lékařskou) etiku orientovanou na situace jednání lékařů“.

³ Přednáškový cyklus Křesťanská etika, léto 2008, René Milfait

⁴ Přednáškový cyklus Křesťanská etika, léto 2008, René Milfait

Normativní základnou, která určuje morální či nemorální jednání na poli bio-medicínsko-etických otázek není zvláštnost lékařského povolání, ale jsou to všeobecné morální principy, působící i mimo oblast medicíny (lékařství). (⁵ přednáškový cyklus Křesťanská etika, léto 2008, ETF, René Milfait).

Medicínskou a klinickou etiku tvoří ty hodnoty a závazky morální povahy, které jsou určující pro medicínskou praxi a jsou uloženy v profesních kodexech a praktických standardech. Medicínská etika se časem mění, ale její základy tvoří hippokratovská tradice, která je založena na závazcích lékařů vůči nemocným.

Možná by bylo na místě se o ní zde zmínit více. Hippokratova přísaha (⁶viz. Hippokratova přísaha v celém znění, příloha č.11) je přísaha skládaná lékaři, která obsahuje základní etické principy jejich povolání. Je tradičně připisována Hippokratovi nebo některému z jeho žáků, ale její postoje mohly mít kořeny i v učení Pythagorejců. Její dnešní text se liší od původního v rámci jednotlivých zemí či i jednotlivých dokonce lékařských škol. V řadě moderních verzí bylo např. vypuštěno odvolávání se na bohy, slib o vyučování lékařství pouze mužům a také části, které lékaři zakazují vyvolat potrat a provádět eutanázii.

Morální principy, které platí všeobecně, vycházejí z pojetí lidské bytosti jako takové, tedy z toho, jak se díváme na člověka. Bude tedy jistě zajímavé začít obrazem člověka a to, dle křesťanského názoru a dále se podívat jak se na člověka dívá soudobá společnost.

1.4 Obraz člověka

Jaký je tedy obraz člověka, dle křesťanské víry a v čem spočívá jeho unikátnost? Pohled na člověka je, dle křesťanského pohledu vzat z aktu stvoření neboli pojetí člověka jako stvořeného k obrazu Božímu a také jeho vztahu k bohu. Pojetí člověka jako obrazu a podoby Boží se dostalo do křesťanství ze Starého Zákona. Nejvíce je postiženo v První knize Mojžíšově: „I řekl Bůh: „ Učiňme člověka, aby byl naším obrazem podle naší podoby.

⁵ Přednáškový cyklus Křesťanská etika, léto 2008, René Milfait

⁶ Hippokratova přísaha, Příloha č.11

At' lidé panují nad mořskými rybami a nad nebeským ptactvem, nad zvířaty a nad celou zemí i nad každým plazem plazícím se po zemi“ Bůh stvořil člověka, aby byl jeho obrazem, stvořil ho, aby byl obrazem božím, jako muže a ženu je stvořil (⁷Gen 1,26-27); „...V den, kdy Bůh stvořil člověka, učinil jej k podobě Boží. Jako muže a ženu je stvořil, požehnal jim a v den, kdy je stvořil, dal jim jméno Adam“ (⁸Gen 5,1-2)
Toto pojetí člověka, jako stvořeného k obrazu Božímu se dále rozvíjí ve čtyřech základních vztazích lidského bytí a sice:

- ve vztahu k Bohu (**stvořenost**)
- ve vztahu k druhému člověku (**mezilidské vztahy**)
- ve vztahu k sobě samému (**celistvost**)
- ve vztahu ke stvoření (**zodpovědnost**)

I v Novém zákoně se pokračuje v pojetí Starozákonné výpovědi o člověku, jako obrazu Božímu a je zde představen Ježíš Kristus, jako vrcholný obraz Boha. Dle tohoto ideálu může každý člověk poznat, jak se dá nalézt vlastní identita a jakou má mít účast na novém stvoření.

Být v Kristu znamená, že se uskutečňuje to, co je společné všem lidem – tedy pravé lidské bytí. Kristus se tak stává obrazem Boha i lidstva, naplněním konkrétní lidské existence.

(⁹ přednáškový cyklus Křesťanská etika, léto 2008, ETF, René Milfait).

Lidský život se tak stává plně smysluplný.

Gaudium et spes říká, že pouze Bůh, který stvořil člověka ke svému obrazu, může dát plnou odpověď na otázku, co je člověk, a sice „tím, co zjevil skrze Krista svého syna, který se stal člověkem. Kdo následuje Krista, dokonalého člověka, sám se stává více člověkem.“ (¹⁰ Bioetika, s.24)

V osobě Ježíše Krista je ukázáno k jaké důstojnosti je člověk povolán a že Bůh chce být se svojí láskou a přízní v každém člověku a u každého člověka. Tato lidská důstojnost tedy

⁷ Gen 1,26 - 27

⁸ Gen 5,1 - 2

⁹ Přednáškový cyklus Křesťanská etika, ETF, léto 2008, René Milfait

¹⁰ Bioetika, str.24

není získaná či zasloužená, ale je daná tím, že se člověk narodí, jako člověk a je tedy bezpodmínečná.

A nezávislá na výkonu či postavení. (¹¹Přednáškový cyklus Křesťanská etika, léto 2008, ETF, René Milfait).

Pojem obraz Boží se tak stává pojmem zaslíbení, protože již to, že se člověk narodí člověkem a disponuje tedy bezpodmínečnou lidskou důstojností a je zaslíben Bohu a jeho lásce.

Představili jsme zde biblické pojetí člověka a došli jsme k závěru, že člověk, stvořený k obrazu a podobě Boží, tvoří nejhlubší duchovní kořeny či impulzy pro mravní autonomii, která zakládá důstojnost každého člověka.

2 Lidská důstojnost

Podívejme se nejprve na problematiku lidské důstojnosti a dále pak na autonomii.

Lidská důstojnost se považuje za nejvyšší morální a právní princip a za souhrnné základní kritérium etického jednání.

Je nadřazeným principem, který se nedá zpochybnit a je nezcizitelný. Každý člověk má důstojnost jako svoji absolutní hodnotu, která se nedá vyjádřit v žádné jiné hodnotě.

Lidská bytost existuje jako účel sám o sobě. Lidská důstojnost se uznává, jako bezpodmínečná hodnota bytosti obdařené možností rozumu a svobody.⁽¹²⁾ přednáškový cyklus Křesťanská etika, léto 2008, ETF, René Milfait).

2.1 Pohled na lidskou důstojnost a autonomii prostřednictvím Emanuela Kanta

Těmito otázkami se zabýval již Emanuel Kant. Autonomii člověka rozumí jako svobodnému sebezávazku. Nahlížení jeho pohledem na souvislosti mezi důstojností, lidským bytím a bytím osoby vystihuje tento citát; „ Pouze člověk považovaný za osobu, tzn. za subjekt morálně-praktického rozumu, je povýšen nad veškerou cenu; neboť jako takového (homo noumenon) je třeba jej ocenit ne pouze jako prostředek k jiným, ano

¹¹ Přednáškový cyklus Křesťanská etika, ETF, léto 2008, René Milfait

¹² Přednáškový cyklus Křesťanská etika, ETF, léto 2008, René Milfait

dokonce vlastním účelům, ale jako účel sám o sobě, tzn., že má důstojnost (absolutní vnitřní hodnotu), čímž si od všech ostatních rozumových bytostí vynucuje respekt (úctu)..
(¹³Emanuel Kant, Metafyzika mravů)

Z citátu vidíme, že již Kant považoval lidskou důstojnost za kvalitu, která se nedá vyjádřit pomocí peněz či ceny a stojí mimo kategorie tržní směny. Dále uznává člověka, jako účel sám o sobě a ne jako prostředek k dosažení něčeho a na základě toho vzniká rovnost lidí jeden k druhému, která se projevuje úctou a respektem, který vyplývá z lidské důstojnosti.

S ohledem na zkoumané téma se podíváme dále na otázky spojené s lidskou důstojností u lidí v mimořádných životních situacích, spojených s koncem života, tedy zejména s pacienty.

2. 2 Lidská důstojnost pacientů

Důstojnost pacienta, jako člověka, vychází samozřejmě z jeho nepopiratelné lidské důstojnosti.

Bude zajímavé zkoumat pohled na tuto otázku u osob nejpovolanějších, tedy u ošetřovatelů samých.

Jaké prvky pacientovi důstojnosti by identifikovali ošetřovatelé? Podívejme se na ně zde:

1. Soukromí těla
2. Soukromí prostor
3. Pozornost k emocím
4. Ponechání dostatečného času
5. Pacient jako osoba
6. Tělo, jako předmět zájmu a péče
7. Prokazovat respekt
8. Nechat pacienta rozhodovat (¹⁴Payenová, Principy a praxe paliativní péče, s. 68)

Nyní se můžeme podívat na druhou stranu, tedy na to, **jak by prvky důstojnosti identifikovali pacienti sami:**

1. Nevystavenost pohledům

¹³ Emanuel Kant, Metafyzika mravů

¹⁴ Payenová, Principy a praxe paliativní péče, str. 68

2. Taktní zacházení
3. Pozornost
4. Mít čas/nebýt honěný
5. Být vnímán jako osoba
6. Tělo jako předmět zájmu a péče
7. Být respektován
8. Mít čas se rozhodovat (¹⁵Payenová, Principy a praxe paliativní péče, s. 68)

Na těchto kritériích a této ukázce můžeme vidět, jak je vnímání pacienta různé na straně jeho samého a na straně ošetřujících. Dříve byl pacient vnímán spíše jako objekt léčby a péče, nyní se prosazuje princip osobnosti a porozumění pacientu. Tedy princip posunu vnímání pacienta, jako „ rakoviny, na 6 posteli vlevo“ na pana Nováka, u kterého včera nebyla dcera a který má dneska zvýšenou teplotu... Pacienti dříve viděli velké nedostatky v respektování jejich důstojnosti, které se projevovali také nedostatky v komunikaci (nesdělování diagnózy a důležitých aspektů léčby a možné prognózy nemoci), izolace od svých blízkých a dalších lidí, ruch a hluk okolo nich, také byli v nemocnici často přesunováni v souladu s potřebami nemocnice a ne v souladu se svými potřebami, zmiňovaný nedostatek soukromí a další

Jsou tedy charakteristiky, související s dodržováním lidské důstojnosti, dodržovány či porušovány i v nemocnicích?

Právě dodržování pravidel respektování lidské důstojnosti je zde, asi vůbec nejvíce z celé oblasti ošetrovatelské péče, bohužel narušeno. Hlavní nedostatky, ke kterým v novodobých nemocnicích dochází, jsou přibližně tyto:

- Pocity „znehodnocení“
- „Dehumanizace“
- Zneschopnění
- Pacientům se nevěří
- O pacienty není projevován dostatečný zájem (¹⁶Payenová, Principy a praxe paliativní péče, s.126)

¹⁵ Payenová, Principy a praxe paliativní péče, str.68

¹⁶ Payenová, Principy a praxe paliativní péče, s.126

Za naprosto hrůzný považují fakt, že se po ošetřovateli ve Velké Británii žádá, aby dali přednost tělu (upřednostnili fyzickou péči) před psychosociálními potřebami pacientů a aby strávili u jednoho umírajícího pacienta 3 minuty a pak pokračovali k dalšímu. (¹⁷Payenová, Principy a praxe paliativní péče, s.126). (Relevantní informace z ČR není monitorovaná.)

S lidskou důstojností a autonomií úzce souvisí **právo na sebeurčení lidské bytosti**.

Tato otázka není v rámci českého zdravotnictví, ani v rámci trestních zákoníků řešena (viz. Zákonné přílohy). Obvyklá praxe je, že pouze lékaři rozhodují o tom, zda bude či nebude poskytnuta léčba, resuscitace nebo život prodlužující opatření. Navíc případný spor mezi lékařem a pacientem či jeho rodinou není rozhodován soudem. Neexistují žádné veřejné předpisy týkající se resuscitace nebo život prodlužujících výkonů a lékaři rozhodují na základě vlastního názoru (např. při odpojení pacienta "s nekvalitním životem" z umělé ventilace). Ani pacient, ani jeho rodina nemají právo na kopii zdravotní dokumentace (pacient nemá právo na druhý názor ani alternativní postupy).

V naší zemi může pacient podepsat tzv. revers (propuštění z nemocnice), avšak toto prohlášení neřeší jeho právo na léčbu nebo alternativní postupy. Pokud pacient podepíše "revers", pak se ocitá v bezprávním postavení bez nároku na jakoukoli léčbu.

2.3 Nově ustanovené kategorie z oblasti dodržování pravidel lidské důstojnosti:

Vývojem pokročilosti medicíny, kdy je možné člověka pomocí umělé výživy a hydratace udržovat v jakémsi „vegetativním stavu“ po téměř neomezenou dobu si situace vyžaduje, aby na technologický pokrok zareagovala i sféra lidského života, které se dotýká umírání. Z tohoto popudu vznikly nové právní kategorie, které mohou pacienti či umírající použít. Podobných kategorií, které jsou spojeny s etikou, a ochranou lidské důstojnosti je samozřejmě mnohem více a týkají se například odepření souhlasu s posmrtným odebráním orgánů či tkání.

Tyto nově ustanovované kategorie, zatím nejsou zakotveny v českém právním řádu

¹⁷ Payenová, Principy a praxe paliativní péče, s.126

(v zahraničí ano), ale živě se o nich diskutuje v souvislosti se začleněním do Zákona o zdravotních službách (¹⁸jsou začleněny v přijaté Konvenci o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikace medicíny a biologie, viz. příloha č.7)

1 vyjádření pacientovy vůle k životu – tzv. „living will“

Pomocí tohoto prohlášení by si lidé mohli určit, kdy chtějí být "odpojeni od přístrojů".

Budou se tedy sami za sebe odpovědně rozhodnout, zda si přejí svůj život prodlužovat, či si přejí již dále nepokračovat v životě prodlužujících lékařských zákrocích. (¹⁹příloha č.13 „ Transplantační zákon“ - zákon o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů

Living will může vypadat následovně: „Já níže podepsaný při plném vědomí říkám, že pokud se ocitnu v nemocnici na hadičkách, neschopen o sobě rozhodovat a s minimální nadějí na další normální život, přeju si odpojit od přístrojů a zemřít...“

Situace vypadá tak, že tento dokument bude možno v brzké době uložit u notáře. Lékaři budou muset rozhodnutí pacienta respektovat.

2 předběžné pokyny pro zdravotníky v případě ztráty vědomí“ – tzv. „advanced directives“

V některých zemích se již nyní lidé mohou **předem vyjádřit, co se s nimi má stát v případě, že se dostanou do situace, kdy nebudou schopni vyjádřit vůli ohledně řešení svého zdravotního stavu.** Stejná problematika se ale dotýká i nemocných v poslední, terminální fázi jakéhokoliv nevléčitelného onemocnění, také demence, srdečního či ledvinového selhávání atd.

V U.S.A. je možnost „**dopředního**“ (advanced) **stanovení vůle** (directives) člověka o charakteru průběhu konce jeho života upravena zákonem z roku 1990. Pro každý americký stát je tento postup originální, existují různé formuláře pro různé situace (odstoupení od různých typů léčby, neresuscitování apod.) – vždy vycházejí z individuální problematiky daného státu a řekněme tedy i společenského mínění.

Přání lze delegovat na jinou osobu ve smyslu předem stanoveného „zástupce“ pro danou situaci.

Advanced directives je přání člověka, vyjádřené většinou v době jeho plného zdraví, které ale z etického a morálního hlediska nemá porušovat autonomii lékaře nebo ošetřujícího personálu v rozhodování.

¹⁸ Konvence o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikace medicíny a biologie

¹⁹ Transplantační zákon

K diskutovanému tématu lidské důstojnosti mě v souvislosti s paliativní péčí, velmi zaujala přednáška pí. Svobodové z září r. 2008 uskutečněná pro Asociaci poskytovatelů hospicové a paliativní péče, ve které uvedla tyto myšlenky na téma lidské a pacientovy důstojnosti:

- dle jejího vlastního mnohaletého výzkumu je lidská důstojnost dostání se úcty, cti od jednoho člověka, druhému člověku;
- úcta je postoj člověka, který je založený na nezištnosti, tedy jeho celé přijetí, takového, jaký je (tedy se všemi jeho nedostatky, které je nutno tolerovat a to pouze z důvodu, že je člověk)
- úcta je jen jiná forma lásky
- lidská důstojnost je úcta, která je vrozená člověku bez zásluh

S těmito tezemi nelze, než souhlasit. Samozřejmě si hned vzpomeneme na křesťanskou formu lásky k bližnímu, která je křesťanství vlastní, ale v současné době není ve společnosti již samozřejmá.

2.4 Současné pojetí lidské důstojnosti

Jak je ale lidská důstojnost podchycena v naší společnosti formálně? Existují nějaké definice či odkazy na toto téma? Co se týká nahlížení na problematiku lidské důstojnosti v současnosti, nalezneme její asi nejpřesnější zakotvení ve stěžejním dokumentu, kterým je Bioetická konvence, celým názvem „Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti při aplikaci biologie a medicíny“. Bohužel, ale není v tomto dokumentu přesně popsáno, co se lidskou důstojností vlastně myslí. (²⁰viz. příloha č. 8). Co a jakým způsobem je zde vlastně verbalizováno: V článku č. 1 se praví že v: Všeobecné deklaraci lidských práv je stanoveno: „Všechny bytosti jsou narozeny svobodné a sobě rovné v důstojnosti a právech“. Jsou obdařeni rozumem a měly by činit cokoliv jedna druhé v duchu bratrství...“ Dále se podíváme na Etický kodex České lékařské komory, kde je stanoveno:“.... Lékař u smrtelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení nevtíravou lidskou ochotou chápat a sdílet jejich pocity až do konce....“ Etický kodex České lékařské komory je stěžejní dokument z oblasti zdravotní péče, který zdůrazňuje etické principy lékařského povolání vůči pacientovi a lékařům navzájem.⁽²¹viz. příloha č.10 Etický kodex České lékařské komory) Citujme dále „..... Vůči neodvratitelné

²⁰ Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti při aplikaci biologie a medicíny, příloha č.8

²¹ Etický kodex České lékařské komory, příloha č. 10

a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu.

Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné. (²²viz. příloha č.10 Etický kodex České lékařské komory).

Bohužel ale ani v žádném z těchto dalších a zcela zásadních dokumentů není řečeno přesně, co je a co není, lidská důstojnost, ani jak jí poznáme, jaké má charakteristiky, jak a kde se projevuje atd.

V souvislosti s tímto naším tématem se také nabízí zájem, podívat se, zda je a jak je formálně/oficiálně upravena otázka lidské důstojnosti a autonomie ve zdravotní péči – konkrétně v dříve již zmiňovaném ošetrovatelství.

Pojďme si spolu projít standardy kvality ošetrovatelské péče a podívat se na tuto naši oblast zájmu a na to, jak je nahlížena. (²³České ošetrovatelství, příručka pro sestry s. 7):

1. v zemi, ale i v konkrétním zařízení existuje jasná koncepce ošetrovatelství,
2. péče je poskytována prostřednictvím ošetrovatelského procesu,
3. péče je odvozena od potřeb pacienta,
4. práce ošetrovatelského personálu je týmová,
5. ošetrovatelský personál je dobře motivovaný a odborně připravený,
6. ošetrovatelský personál si stanovil reálné cíle,
7. ošetrovatelský personál dodržuje profesionální etický kodex,
8. praxe (poskytovaná) péče) je vědecky podložená,
9. do ošetrovatelské péče jsou aktivně zapojeni pacienti/klienti
10. existuje účinná mezioborová spolupráce.

Vidíme, že uvedené standardy kvality jsou tak obecné, že se v nich dá schovat skutečně mnoho. O lidskosti, důstojnosti, lidské autonomii a právu pacienta na jeho názor zde ale není ani zmínka.

²² Etický kodex České lékařské komory, příloha č. 10

²³ České ošetrovatelství, příručka pro sestry, str. 7

2.5 Lidská důstojnost – metafyzický rozměr

Zkusme na to tedy jít jinak. Víme, že jestliže mluvíme o lidské důstojnosti, jedná se o něco, co jiné živočišné druhy nemají. Můžeme se tedy podívat na to, čím se liší člověk od ostatních cítících bytostí. Nejčastěji se uvádí schopnost reflexe – tedy schopnost reflexe sebe sama – svého vlastního já (²⁴Piaget, 1970). Dle Martina Heideggera je člověk „bytí, kterému jde o bytí samo“ (²⁵Studie z bioetiky, s. 176) Tímto tématem se zabýval i Sokrates a přesto-že nepoužíval slovo důstojný, ale dobrý, je v jeho uvažování tento výraz s pojmem dobrý ekvivalentní. Sokrates říkal. „výměrem dobrého života je být v souladu sám se sebou a v souladu s lidmi okolo.“ (²⁶Studie z bioetiky, s. 176).

Současná společnost se domnívá, že lidská důstojnost přináležejí každé lidské bytosti, ať se člověkem ve smyslu sociálním ještě nestala (nenarozené dítě) či již jím byla (člověk, jemuž například již nefunguje mozek, ale je při životě udržován pomocí přístrojů).⁽²⁷ Přednáškový cyklus Křesťanská etika, léto 2008, ETF, René Milfait).

Jste-li lidská bytost náleží vám tedy lidská důstojnost díky příslušnosti k lidskému rodu. Proto je ve výše zmíněných dokumentech přesně upraveno jak a jakým způsobem eticky nakládat s člověkem při zachování jeho lidské důstojnosti. Je zajímavé, že dokumenty upravující lidskou důstojnost jsou spojeny téměř výhradně zdravotnictvím, a s biologií a s medicínou. Jakoby stále převládal „starý“ Newtonovský model pohledu na lidského tvora? Pokud také péči o nenarozeného člověka či starého, nemocného přebírá zdravotní průmysl se svojí technologií může být někdy obtížné nezapomenout, že se stále jedná o péči o člověka a ne o souhrn orgánů a fyziologických funkcí.

Tento náhled na člověka se samozřejmě v rozporu s pohledem na člověka, tak jak jsme jej uchopili v kapitole o obrazu člověka, který vychází z biblického pojetí.

Tento názor na člověka si můžeme znovu zde osvěžit například na základě citátu z Pokoje a dobra:

„Páteří křesťanského sociálního učení jsou myšlenky o důstojnosti každého člověka, o solidaritě a subsidiaritě, o společném dobru, o spoluúčasti člověka na ekonomických procesech, v nichž může rozvíjet i svou osobnost, o svobodě a nezcizitelných lidských právech. Všechny tyto myšlenky jsou v harmonii se Všeobecnou deklarací lidských práv i s

²⁴ Piaget, 1970

²⁵ Studie z bioetiky, str. 176

²⁶ Studie z bioetiky, str. 176

²⁷ Přednáškový cyklus Křesťanská etika, léto 2008, ETF, René Milfait

odpovídajícími lidskými povinnostmi. Patří k nim dále sociálně odpovědné vlastnictví, svoboda podnikání a sociálně orientované tržní hospodářství, jemuž nechybí respekt k právu a etickým principům. Odtud čerpáme inspiraci i pro tvorbu pracovních alternativ, projektů a vizí v oblasti sociálního, ekonomického i politického života. Odtud čerpáme inspiraci i sílu k tomu, abychom vyslovili jasné „ano“ a jasné „ne“ k nejrůznějším společenským jevům.“ (²⁸Pokoj a Dobro, s. 65)

Uvědomme si, že v souvislosti s lidskou důstojností jde také o vnímání hodnoty života a pokud například umírající pociťuje, že ji ztrácí, musíme mu v jejím pocitovém znovunabytí pomoci.

Základní postulát, který se týká lidské důstojnosti a mohl by být všeobecně platný, by mohl znít **„ člověka respektujeme jako autonomní, svobodnou bytost, která má právo naplňovat svoji vlastní představu existence.**

Lidská důstojnost je základem lidských práv. Pojďme se na problematiku lidských práv podívat podrobněji dále a krátce si je zde představit.

3 Lidská práva

Jak jsme se již zmínili dříve, lidská práva lze odvodit z lidské důstojnosti. Dovolte mi citovat z Všeobecné deklarace lidských práv; „Všichni lidé rodí se svobodní a sobě rovni co do důstojnosti a práv. Jsou nadáni rozumem a svědomím a mají spolu jednat v duchu bratrství“

(²⁹článek č. 1, VDLP). Nezapomeňme, že lidská práva byla poprvé v moderní době sestavena do písemné podoby až po hrůzách II. Světové války, a že právě strach z nerespektování lidské důstojnosti a autonomie vedl k uzákonění lidských práv.

Připomeňme si, co se praví hned v úvodu/preambuly k Všeobecné deklaraci lidských práv; „ U vědomí toho, že uznání přirozené důstojnosti a rovných a nezczitelných práv členů lidské rodiny je základem svobody, spravedlnosti a míru ve světě, že zneuznání lidských práv a pohrdání jimi vedlo k barbarským činům, urážejícím svědomí lidstva, a že vybudování světa, ve kterém lidé, zbavení strachu a nouze, se budou těšit svobodě projevu

²⁸ Pokoj a Dobro, str. 65

²⁹ Článek č. 1, VDLP

a přesvědčení, bylo prohlášeno za nejvyšší cíl lidu, že je nutné, aby lidská práva byla chráněna zákonem, ...“ (³⁰preambule, VDLP). Vidíme tedy, že přesto-že lidská důstojnost je nezpochybnitelná a nezcizitelná, přesto se tato musí postihnout a to dokonce písemnou formou v novodobých kodexech, tak, aby bylo všeobecně jasné, jaká práva lidské bytosti mají na základě své lidské důstojnosti, tedy na základě toho, že jsou lidmi.

V naší práci se zabýváme lidmi v specifickém postavení a situaci, tedy lidmi, kteří jsou v kontaktu s koncem svého či jiného života či lidmi, kteří je doprovázejí, či se jim snaží na této cestě pomoci. Pojďme se podívat, jak je tato specifická oblast ošetřena, co do lidské důstojnosti a z toho vyplývajících lidských práv.

3.1 Lidská práva v souvislosti s koncem života

Novodobá společnost, zejména v rozvinutých zemích, se zejména v souvislosti s rozvojem medicíny, dostala do situace, kdy za každou cenu bojovala za zachování života, a to při použití všech dostupných prostředků. Situace dospěla až tak daleko, že se rozvinuté státy Evropy sdružené do Evropského společenství rozhodly prostřednictvím svého orgánu – Rady Evropy přijmout společné doporučení, které by tuto oblast upravovalo. Jednalo se hlavně o zachování důstojnosti umírajícího člověka, o jeho práva a o zabezpečení adekvátní péče a postavení ve společnosti. Například, ihned na počátku Doporučení se praví; „Člověk, jehož nemoc spěje neodvolatelně v krátké době ke smrti, má nárok na to, aby zemřel v klidu, bez bolestí, důstojně a obklopen citlivou péčí.“ (³¹Doporučení Parlamentního shromáždění Rady Evropy 1418, r.1999).

Jaké prvky tedy, podporují či naopak porušují lidskou důstojnost?

Jak jsem se již zmínila v úvodu této kapitoly, biomedicína je v současné době na tak vysoké úrovni, že umí léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, rozvoj lékařských technologií vede k prodlužování lidského věku a k odsouvání okamžiku jeho smrti. Bohužel se ale často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka, ani na jeho pocity, na jeho osamělost a jeho utrpení. To jsou právě prvky, které porušují lidskou důstojnost.

K tomuto problému se již v roce 1976 vyjádřilo Parlamentní shromáždění a to v rezoluci 613, kde nejprve sumarizovalo situaci umírajících a doprovázejících osob takto: „že

³⁰ Preambule, VDLP

³¹ Doporučení Rady Evropy 1418/1999

největším přáním většiny umírajících pacientů je zemřít pokojně a s důstojností, pokud možno za doprovodu příbuzných a přátel, s jejich útěchou a podporou“ a dále se vyjádřilo k řešení situace následovně: „prodloužení života by nemělo být jediným cílem lékařské činnosti, jejíž snahou také musí být ukončit utrpení“.

Mají smrtelně nemocní a umírající nějaká formálně zakotvená práva? Základní informaci nalezneme v Chartě práv umírajících – Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících., kterou jsem v celém znění umístila do přílohy č. 1.

Práva umírajících jsou stanovena takto:

1. Právo na důstojné zacházení jako s lidskou bytostí až do smrti
2. Právo dostat všechny potřebné informace týkající se nemoci a smrti
3. Právo podílet se na rozhodnutích týkajících se nemoci a péče, bez strachu z odsouzení druhých
4. Právo na citlivou, kvalitní a profesionální péči multidisciplinárního týmu, který poskytuje prvotní péči nemocnému i jeho rodině
5. Právo na stálou zdravotnickou péči přestože se cíl uzdravení mění na zachování pohodlí a kvality života
6. Právo vyjádřit své pocity, duchovní a náboženské potřeby týkající se blízké smrti s ohledem na kulturní hodnoty
7. Právo na kvalitní léčbu bolesti a ostatních doprovodných příznaků
8. Právo na pomoc od rodiny a na pomoc pro rodinu v souvislosti s přijetím smrti
9. Právo zemřít v klidu a důstojně v přítomnosti lidí, kteří si to přejí (³²Ferrell Coyle, Textbook of Paliative Nursing).

K specifické situaci umírajících se v souvislosti s lidskou důstojností a lidskými právy vyjádřila s ohledem na biomedicínu zejména Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny. Sumarizovala ohrožující skutečnosti pro zranitelnou skupinu smrtelně nemocných a umírajících do základních faktorů, mezi něž patří:

³² Ferrell Coyle, Textbook of Paliative Nursing

- malá dostupnost paliativní péče a kontrola bolesti;
- časté zanedbávání péče o tělesné utrpení a nedostatečný ohled na psychologické, sociální a duchovní potřeby;
- umělé prodlužování procesu umírání, buď nepřiměřeným používáním léčebných prostředků, nebo pokračováním v léčbě bez pacientova souhlasu;
- nedostatečným dalším vzděláním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu;
- nedostatečnou péčí a podporou věnovanou rodinným příslušníkům a přátelům smrtelně nemocné či umírající osoby;
- obavami ze ztráty autonomie
- a další

Na tyto poukázané faktory, porušující lidskou důstojnou v procesu terminálních nemocí u umírajících reagovalo Shromáždění tím, že doporučilo Výboru ministrů výzvu členským státům Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovali a chránili důstojnost smrtelně nemocných nebo umírajících.

Lidská práva stojí na lidské důstojnosti a ty dále stojí na mravní autonomii. Důstojnost člověka, jako mravního subjektu, uznává jeho svobodu k zodpovědnému sebeurčení.

3.2 Mravní autonomie

Dle Kanta se jedná o zásadní možnost člověka nalézat samostatně důvody a cíle pro své jednání, které může ospravedlnit před ostatními lidmi.³³ (Přednáškový cyklus Křesťanská etika, léto 2008, ETF, René Milfait)

Mravní autonomie není vlastnost, která by se dala získat či ztratit, ale jedná se o základní atribut lidské bytosti. Mravní autonomie se bez výjimky přiznává každému lidskému jedinci, nezávisle na tom, zda je ji schopen uskutečňovat či nikoli.

Tím se dostáváme k dvěma pojetím mravní autonomie a to, mravní autonomii jako **capacity** – tedy zásadní možnosti a druhému pojetí, kterým je **ability**, tedy schopnost tuto svoji zásadní možnost uskutečňovat. Mravní autonomie ve významu capacity je pro

³³ Přednáškový cyklus Křesťanská etika, léto 2008, ETF, René Milfait

všechny lidi společná a vypovídá o bytí člověka, jako člověka. Zde bych ráda použila shrnutí z přednášek ETF z cyklu Křesťanská etika: „ lidská důstojnost není vlastností ani schopností člověka, ale myšlenkově logickým důsledkem, který vyplývá z mravní autonomie člověka: nepropůjčuje se, může se jen uznat, ne ale odebrat, ale náleží každému člověku, jako člověku.“ (³⁴Přednáškový cyklus Křesťanská etika, léto 2008, ETF, René Milfait).

V biomedicínké etice je výklad a rozlišování termínů mezi capacity a ability v morální autonomii zásadní. Nejmarkantněji je tento rozdíl vidět v souvislosti s koncem života a s umíráním. Když člověk umírá, tak jeho schopnost morální autonomie ve smyslu ability je omezena/snížena, přestože capacity je zcela přirozeně stále přítomna. Mravní autonomie zde velmi výrazně upozorňuje na otázky spojené s podporou či porušováním lidské důstojnosti, protože člověk tím, že ztrácí schopnost si prosazovat svoji autonomii, neztrácí nárok na to být s ním nakládáno, jako s lidskou bytostí se vší důstojností a respektem s tím souvisejícím. Důstojnost pacienta je samozřejmě odvozena z jeho důstojnosti, jako člověka. Biomedicína došla tak daleko, že se dle výše zmíněného rozlišení mezi capacity a ability rozhoduje o určení smrti či života člověka.

Konkrétní určení doby smrti člověka je obvykle stanoveno těmito faktory:

- a) Tělo neprojevuje žádné příznaky specifického chování,
- b) Ani v budoucnu nebude moci fungovat lidským způsobem,
- c) Nemá ani minimální kapacitu lidských funkcí, protože ztratilo základní struktury nutné pro tyto funkce. (³⁵Bioetika, s.115)

4 Paliativní péče

Vzhledem k tématu, které nás zajímá a tím je etický rozměr v paliativní péči, se pojd'me nyní podívat nejprve na paliativní péči, jako takovou.

Co je to paliativní péče?

Nejvýstižněji nás do problematiky zavede vymezení světových organizací typu Rady Evropy, OSN, WHO či Evropské asociace paliativní péče. Začneme tím, že se spolu podíváme na oficiální stanovisko výše zmíněných organizací k tomuto pojmu.

³⁴ Přednáškový cyklus Křesťanská etika, léto 2008, ETF, René Milfait

³⁵ Bioetika, str.115

4. 1 Vymezení pojmu Paliativní péče:

Asi nejméně definují pojem a problematiku paliativní péče následující slova, která pocházejí z Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům o organizaci paliativní péče zní:

“ Paliativní péče je aktivní, na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná nemocným, kteří trpí nevy léčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu. Jejím cílem není primárně vyléčení pacienta či prodloužení jeho života, ale prevence a zmírnění bolesti a dalších tělesných i duševních strádání, zachování pacientovy důstojnosti a podpora jeho blízkých“.

(³⁶Doporučení 23 Výboru ministrů Rady Evropy O organizaci paliativní péče z r. 2004). Tato definice je mezinárodně nejuznávanější a mě samotné se jeví také jako nejzdařilejší specifikace vůbec.

Podívejme se na další definice a doporučení renomovaných světových organizací, začněme Doporučením Parlamentního shromáždění Rady Evropy 1419/1999 a dále se podíváme na postoj Světové zdravotnické organizace WHO;

„ Člověk, jehož nemoc spěje neodvolatelně v krátké době ke smrti, má nárok na to, aby zemřel v klidu, bez bolesti, důstojně a obklopen citlivou péčí. Jeho blízkým by se mělo dostat kvalifikované profesionální podpory a samozřejmostí by mělo být pietní zacházení s tělem zemřelého.“

Názory Evropské asociace paliativní péče jsou zcela v souladu s dokumentem Parlamentního prohlášení Rady Evropy (1418/1999) pojednávajícím, jak bylo uvedeno o ochraně práv smrtelně nemocných a umírajících.

Světová zdravotnická organizace WHO klade také na tuto problematiku velký důraz a její snahou a doporučením je začlenění hospicové a paliativní péče do vládních systémů zdravotní politiky.

³⁶ Doporučení 23 Výboru ministrů Rady Evropy O organizaci paliativní péče z r. 2004

Jak definuje přímo WHO sama, jako nadřazená Světová zdravotní organizace, paliativní péči jako takovou? Dle revidované definice Světové zdravotnické organizace (³⁷Sepulveda et al. 2002) je definice následující;

Paliativní péče je přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin tváří tvář problémům vyplývajícím z život ohrožující nemoci, za pomoci prevence a úlevy od utrpení ve smyslu časného rozpoznání a bezvadného zhodnocení a následné léčby bolesti a ostatních fyzických, psychologických a spirituálních problémů. (WHO 2002)

„Paliativní péče je přístup, který prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení, díky včasné identifikaci a bezchybné diagnostice bolesti a jiných fyzických, psychosociálních a duchovních problémů a jejich zvládnutí zvyšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin, čelících problémům spojeným s život ohrožující nemocí.“ (³⁸Payneová, Principy a praxe paliativní péče, s.8)

4.2 Hlavní znaky a charakteristiky paliativní péče

Jaké jsou hlavní znaky a charakteristiky paliativní péče? Na tuto jednoduchou otázku nalezneme mnoho odpovědí. Nahlédněme nejprve do literatury, jak se k hlavním znakům paliativní péče staví zahraniční odborníci a podívejme se do stěžejního díla Principy a praxe paliativní péče od pí. Payneové; (³⁹Payneová, Principy a praxe paliativní péče, s 8)

Paliativní péče:

- poskytuje úlevu od bolesti a jiných tíživých projevů nemoci (Toto považuji za stěžejní bod, neboť zde se naznačuje, že úleva od bolesti má přednost před kurativním přístupem k nemoci, samozřejmě je velmi důležité rozpoznat, kdy je další léčba přínosná a kdy je třeba dát přednost úlevě od bolesti před pokračováním zavádění dalších bolestivých život zachraňujících léčby.)
- přitakává životu a umírání pokládá za normální proces (Tedy se nejedná o euthanasii, ale pokud život nelze prodloužit či kvalitně zabezpečit, akceptuje smrt, stejně tak, jako život a nevyhýbá se neposkytnutí péče, která již není přínosná).

³⁷ Sepulveda et al. 2002

³⁸ Payneová, Principy a praxe paliativní péče, str. 8

³⁹ Payneová, Principy a praxe paliativní péče, str. 8

- nemá za cíl smrt ani urychlovat, ani odsouvat (Tedy opět, nejedná se o pasivní formu euthanasie!)
- integruje psychologické a duchovní aspekty péče o pacienta (Tedy není popsána situace, ve které se personál tomuto typu služby brání s tím, že personál nemá informace, není vyškolený, chybí jim psycholog či duchovní či že je pacientů mnoho a personál nestíhá).
- nabízí podpůrný systém, který má rodinám pomoci vyrovnat se s pacientovou nemocí a se ztrátou blízké osoby (Tedy je zaměřen i na rodinu a ne pouze na pacienta).
- poskytuje cestou týmového přístupu pomoc odpovídající potřebám pacientů a jejich rodin, včetně poradenství při zármutku, je-li to třeba (Zármutkové poradenství je v současné době v ČR téměř neznámý pojem).
- usiluje o zvyšování kvality života a může mít také pozitivní vliv na průběh nemoci (Tím, že se nemocný člověk se situací smíří, může u něj nastat i velmi pozitivní obrácení průběhu nemoci či dokonce vyléčení, neboť psychika a psychická pohoda mají na nemoc přímý vliv).
- je indikována od počátku nemoci ve spojení s jinými terapeutickými postupy, které mají prodloužit život, jako je chemoterapie nebo ozařování, a zahrnuje i zkoumání potřebná k lepšímu pochopení a zvládnutí léčebných komplikací. (Tedy není popsána situace, ve které se nemocnému do poslední chvíle zamlčuje závažnost situace a nemoci a pak se těsně před propuknutím závěrečné fáze nemoci předá příbuzným, kteří si najednou se situací neví rady a také na ní nejsou připraveni).

Dále musím samozřejmě uvést, v čem spočívají základní koncepty paliativní péče:

4.3 Základní klíčové koncepty v souvislosti s paliativní péčí:

- znát pacienta
- týmová spolupráce
- důstojnost
- uklidnění
- empatie
- podpora a podpůrná péče
- naděje
- utrpení

- kvalita života (⁴⁰Payenová, Principy a praxe paliativní péče, s. 65)

Domnívám se, že uvedené znaky, charakteristiky a koncepty paliativní péče jsou zcela srozumitelně a jasně vyjádřeny a není třeba je dále detailně rozebírat.

Jelikož jsme si právě řekli, co je paliativní péče, bylo by přínosné se nyní zastavit i nad tématem, co není paliativní péče a tak jsme dostali konkrétní celistvý obraz kvalitní paliativní péče.

4.4 Co není paliativní péče

Paliativní péče není:

- nechat pacienta prostě být, vzdát to
- nepoužívání paliativní péče v prostoru pro kurativní péči či pro péči prodlužující život
- paliativní péče není péče v hospicích

Možná by bylo přínosné vyjít i z tohoto pohledu, tedy, co paliativní péče není a tak si znovu ujasnit hlavní rozdíly mezi tím, co paliativní péče je a co naopak není:

Paliativní péče je:

- efektivní lékařské ošetření, které je založeno na monitorování výsledků
- účinná péče o bolest a útrpné symptomy (utrpení), provázející nemoc
- je to péče, kterou pacienti chtějí/vyžadují v tom samém čase, kdy je zavedena kurativní péče či péče prodlužující život

Zde se setkáváme poprvé v mé práci s termínem kurativní péče. Dovolte mi, abych jej vysvětlila blíže.

Kurativní péče je péče o pacienta za účelem zachování, zkvalitnění a prodloužení jeho života. V určitém slova smyslu by se dala považovat za protipól péče paliativní, která je zaměřena na tišení bolesti a utrpení, ale není zaměřena na udržení pacientova života za každou cenu.

4.5 Počátek paliativní péče

Proč vznikla paliativní péče a z jakých důvodů? Paliativní péče je používaná velmi krátce, dalo by se říci, že okolo 100 -150 let. Její vznik souvisel s pokročilostí medicíny a její schopností zachraňovat a prodlužovat délku lidského života. Dříve lidé umírali zejména na infekční – rychle progresivní nemoci a lékařským pokrokem dnes převažují vleklé

⁴⁰ Payenová, Principy a praxe paliativní péče, str. 65

chronické choroby, kdy se z odchodu ze života stává zdlouhavý a někdy i nesouměrný proces protkaný stabilizační fází nemoci a jejím novým propuknutím v akutním stavu.

Pojďme ale nyní pokračovat ve zkoumání našeho tématu dále. Zajímavé pro nás může být další návaznost prostřednictvím zkoumání cíle a účelu paliativní péče. Co je vlastně jejím hlavním cílem a jakému účelu slouží?

4.6 Cíle a účel paliativní péče

Dle bazálního náhledu by mělo být zásadním cílem a účelem paliativní péče zabránění zbytečného utrpení.

Zásadní je tlumení bolesti, ostatních symptomů, psychologických, sociálních a spirituálních problémů. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin. Mnoho aspektů paliativní péče je aplikovatelných již v časných fázích jejich onemocnění ve spojení s protirakovinnou léčbou. (⁴¹WHO 2002)

4.7 Zásady moderní paliativní péče

(⁴²dle brožury na cestách domů paliativní péče a dobré umírání, Cesta domů, 2006, str. 5).

Tato sumarizace vystihuje moderní přístup k paliativní péči a je prosazovaným směrem ohledně jejího poskytování. Paliativní péče:

- se neodvrací od nevléčitelně nemocných, ale chrání jejich důstojnost a klade hlavní důraz na kvalitu života,
- dokáže úspěšně zvládat bolest a další průvodní jevy závěrečných stadií smrtelných onemocnění,
- je založena na interdisciplinární spolupráci a na celostním pohledu na nemocného člověka,
- a zahrnuje proto v sobě lékařské, psychologické, sociální, existenciální a spirituální aspekty,
- vychází důsledně z individuálních přání a potřeb pacientů, respektuje jejich hodnotové priority a chrání právo pacienta na sebeurčení,
- zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel a nemocných, nevytrhává nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, ale umožňuje jim, aby poslední období života prožili v důstojném a vlídném prostředí a ve společnosti svých blízkých,

⁴¹ WHO, 2002

⁴² Cesta domů, brožura na cestách domů paliativní péče a dobré umírání, 2006, str. 5

- nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka,
- vychází ze zkušenosti, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající a že umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a nesmyslným utrpením

Toto jsou základní zásady moderní paliativní péče. V paliativní péči hraje velkou roli nejenom náhled na člověka jako takového a uznání jeho důstojnosti, jak jsme se zmiňovali v předchozích kapitolách, ale zejména otázky etiky jako takové. V lékařské etice existují 4 základní obecné principy jednání, na které bych se ráda zaměřila ve své práci dále. Uvádím zde principy jednání 2. řádu, zvané též jako „americký principialismus“ (jedná se o základní etické principy používané v lékařství, které vznikly v americkém kulturním a společenském prostředí)

5 Americký principialismus

Etické požadavky pro medicínské jednání, označované jako americký principialismus jsou:

- **beneficence**
- **nonmaleficence**
- **spravedlnost (spravedlivě rozdělovat prostředky)**
- **autonomie pacienta**

Tyto 4 základní principy by měly umožňovat podklad pro etické rozhodnutí v konfliktních situacích.

Tyto základní požadavky bývají doplněny **dalšími požadavky**, jako jsou:

- požadavky respektování soukromí
- pravdivé vysvětlení
- povinnost mlčenlivosti
- informovaný souhlas k opatřením léčby (⁴³ Přednáškový cyklus Křesťanská etika, ETF, léto 2008, René Milfait).

Pojďme si jednotlivé principy postupně představit a podívat se jak se projevují v specifické oblasti paliativní péče.

⁴³ Přednáškový cyklus Křesťanská etika, ETF, léto 2008, René Milfait).

5.1 Beneficence

Začněme hned principem prvním, který je většinou považován za nejdůležitější. Tím je beneficence – překládaný jako **“princip užitečnosti”**. Pojdme se nejprve podívat, jak je tento princip definovaný a následně se jím budeme zabývat podrobněji.

Základní vymezení by mohlo znít: „Lékař a ošetřující personál zodpovědně posoudí poměr potenciálního užítku a možné škody v individuálním případě by se mělo činit nejen s orientací na odbornost, ale určovat celkovým pohledem na životní charakteristiky dotyčné osoby.“⁽⁴⁴⁾ Přednáškový cyklus Křesťanská etika, ETF, léto 2008, René Milfait).

Proč je tento princip tak zásadní a stěžejní? Nejprve si vzpomeňme, o čem jsme hovořili ve zmínce o Hippokratově přísaze a na zmiňovaný princip: **“když už ne prospívat, pak alespoň neškodit”**. Dále se o tomto námětu budu v souvislosti s rozlišením na princip užítku či užitečnosti a principu nepoškození zmiňovat v následující kapitole.

Nyní je třeba se, dle mého názoru, věnovat přímo našemu tématu. Nyní je zde spojení s otázkou zda „konat to nejlepší pro pacienta“ znamená současně, že při výskytu některých okolností, může být nejvyšší možnou maximou nekonat nic. (Pozor nejedná se o alibistické zřeknutí se zodpovědnosti, ale o vědomé rozhodnutí, jako nejlepší možné varianty, po posouzení všech etických, společenských a právních aspektů.) Ideálně se v zcela konkrétním případě lékař, jako odborník či konzultant vyjadřuje k pacientovu stavu a spolu s ním se domlouvá na dalším postupu. Lékař samozřejmě již z titulu své profese podléhá odborné a etické kontrole společnosti. Na tento první princip se velmi často odvolávají odpůrci euthanasie.⁽⁴⁵⁾ Přednáškový cyklus Křesťanská etika, ETF, léto 2008, René Milfait).

5.2 Nonmaleficence

Tento princip by se dal asi nejjednodušeji vyjádřit jako dodržování maximy neškodit.

V paliativní péči dostává tento princip nový rozměr, kde ve srovnání s onkologií a kurativními přístupy má vyšší hodnotu a může tedy vést ke konfliktu, když se vyskytnou různé názory vzhledem ke smrti a umírání na to, co je možné z hlediska medicíny a na to, co je možné s ohledem na předvídatelné škody a potenciální užitek. ⁽⁴⁶⁾ Přednáškový cyklus Křesťanská etika, ETF, léto 2008, René Milfait).

⁴⁴ Přednáškový cyklus Křesťanská etika, ETF, léto 2008, René Milfait

⁴⁵ Přednáškový cyklus Křesťanská etika, ETF, léto 2008, René Milfait

⁴⁶ Přednáškový cyklus Křesťanská etika, ETF, léto 2008, René Milfait

Princip nonmaleficence – tedy nepoškozování, či nepoškození je spojen s povinností neškodit druhým. V bioetice je tento princip spojován s maximou „**Primum non nocere**“, která by se dala přeložit jako „v první řadě (nebo hlavně) nepoškodit“ (⁴⁷Beauchamp, Tom L Childress James F, Principles of biomedical ethics, str. 149) Profesionálové na poli lékařské péče se na tento princip často odvolávají s tím, že je jeho původ odvozen již z Hippokratovy přísahy. Sami se však můžeme přesvědčit, že se zde žádný takový termín nevyskytuje. (⁴⁸Hippokratova přísaha, příloha č. 11).

Často se také pokřivuje význam slov uvedených v Hippokratově přísaze:

“ nicméně, nepoškozuj“ na „alespoň/nejméně nepoškozuj“. Nicméně Hippokratova přísaha jasně vyjadřuje povinnost nezdanění a povinnost k užítku: „použij léčbu k pomoci nemocnému v souladu (podle) mých schopností a úsudku, ale nikdy ji nepoužij pro ublížení jim.

Z této perspektivy bude zajímavé se v této kapitole podívat na rozdíl mezi zabíjením a uměním nechat odejít, na záměrně řízený a předpokládaný průběh nemoci, který může pacienta i poškodit, na odstranění či odejmutí života podporujícího léčebného procesu, technologií a pomůcek.

Na všechny tyto někdy velmi kontroverzní oblasti se budeme spolu dívat z úhlu tohoto principu nepoškozování, tedy principu, který spíše podporuje, než brání rozhodnutí směřujícím k podpoře zachování kvality života.

Nejprve se ale pojďme podívat na rozdíl mezi nepoškozováním a vytvářením prospěchu. Tímto tématem se zabývá mnoho filozofů a různých typů etických teorií. Uveďme si zde alespoň tu nejvýraznější a to od Williama Franken, která dělí princip užitečnosti do 4 základních povinností:

1. Člověk nesmí poškodit či způsobit zlo
2. Člověk musí dopředu bránit potenciální zlo či poškození
3. Člověk musí odstraňovat zlo a poškození
4. Člověk musí činit dobro či podporovat dobro (⁴⁹Beauchamp, Tom L Childress James F, Principles of biomedical ethics, str. 150)

⁴⁷ Beauchamp, Tom L Childress James F, Principles of biomedical ethics, str. 149

⁴⁸ Hippokratova přísaha, příloha č.11

⁴⁹Beauchamp, Tom L Childress James F, Principles of biomedical ethics str. 150

Tyto 4 základní povinnosti by se daly posuzovat tak, že první pravidlo identifikuje povinnost nepoškodit a další tři definují povinnost podporovat dobro a užitek. Pokud bychom

více zdůraznili, tedy dali větší váhu prvnímu požadavku – nepoškozování, potom bychom mohli tyto 4 principy přeformulovat následovně: “obecně, povinnosti nepoškozovat jsou více závazné, než povinnost prospěchu a tak, v některých případech, princip nepoškození převáží nad principem užitečnosti, přesto-že ten nejlepší utilitářský přístup by byl postupovat cestou podpory dobra/užitku“. (⁵⁰Beauchamp, Tom L Childress James F, Principles of biomedical ethics, str. 150)

Samozřejmě je zde nutné brát v potaz další parametry, kterými jsou například určení pořadí priorit, morální obhajitelnost činů a zejména pak sekundární okolnosti, protože žádné etické pravidlo neplatí bezvýhradně.

Výše zmíněná pravidla by se tedy na základě přísného rozlišení mezi principem podpory dobra a užitku a principem nepoškození dala přeformulovat následovně:

Princip nepoškození:

1. Člověk musí chránit před zlem a poškozením.

Princip užitku a dobra:

2. Člověk musí dopředu čelit zlu a poškození.
3. Člověk musí odstraňovat zlo a poškození.
4. Člověk musí činit dobro či podporovat dobro. (⁵¹Beauchamp, Tom L Childress James F, Principles of biomedical ethics, str. 151)

Princip nepoškození pacienta by se dal pomocí přísné logiky vyjádřit následovně: “nečiň X“. Ovšem toto pravidlo, jak sami cítíme je opravdu velmi přísně logické a nepostihuje šířku a záběr života. Přes tento fakt, někteří filozofové trvají na dodržování tohoto principu v jeho základní rigidní, výše zmíněné formě. Tento přístup je samozřejmě morálně neobhajitelný. Vždy musíme zcela specificky vzít v potaz konkrétní sekundární okolnosti případu a učinit rozhodnutí na poli mezi poškozením pacienta a podporou užitečnosti. V blízkosti smrti se posuzují rizika, dle tohoto hlavního principu neublížení/nepoškození trochu jinak:

⁵⁰ Beauchamp, Tom L Childress James F, Principles of biomedical ethics str. 150

⁵¹ Beauchamp, Tom L Childress James F, Principles of biomedical ethics, str. 151

Tyto **specifické principy neublížení, v hraničních situacích, jsou:**

- nezabíjet
- nezpůsobit bolest či utrpení
- nezapříčínovat nekompetentnost pacienta
- nezpůsobit obranu pacienta
- nebránit druhým v užívání kvalit života (⁵²Beauchamp, Tom L Childress James F, Principles of biomedical ethics, str. 157)

Jak bylo řečeno výše, žádné pravidlo samozřejmě neplatí absolutně.

Použití tohoto hlavního a ostatních etických principů je silně spojeno s odpovědností.

Jedná se o odpovědnost, nejenom bojovat proti poškození/ublížení, ale i o odpovědnost tomuto předcházet. V této souvislosti se v naší zkoumané oblasti mluví o profesionálním zanedbání péče. Tato je spojena s odklonem od profesionálních standardů, které upravují péči za daných okolností. Pokud si však vzpomeneme na kapitolu, ve které jsme rozebírali kodex zdravotních sester víme, že v ČR je tato oblast přinejmenším nedostatečně upravena, ne-li neupravena.

Jak se vlastně pozná profesionální selhání, dá se nějakým obecnějším způsobem tato problematika vymezit či je to velmi specifické téma? Při dohledávání odpovědi na naši otázku v příslušné literatuře jsem nahlédla opět do díla od pánů Beauchampa a Childresse; Principles of biomedical ethics (Principy biomedicíncké etiky) a zde cituji základní body, kdy je možno hovořit o profesionálním selhání:

- zdravotní profesionál musí mít povinnost vůči pacientovi
- zdravotní profesionál musí nést tuto povinnost
- postižená strana musí pociťovat poškození
- toto poškození musí být zapříčiněno porušením povinnosti (⁵³Beauchamp, Tom L Childress James F, Principles of biomedical ethics, s. 154)

Tuto kapitolu můžeme uzavřít s tím, že všeobecný/základní požadavek na léčbu je, že nemusí být úspěšná, ale musí být profesionální (a to nejenom v primární léčbě, ale i ve vší následné).

⁵² Beauchamp, Tom L Childress James F, Principles of biomedical ethics, str. 151

⁵³ Beauchamp, Tom L Childress James F, Principles of biomedical ethics, str. 154

Pojďme se podívat na další etický princip, kterým je spravedlnost.

5.3 Spravedlnost

V tomto třetím, z uváděných bazálních etických principů, se jedná zejména o spravedlnost v rozdělování prostředků. Racionalizace a přidělový systém ve zdravotnictví nesmějí vést k tomu, že se na základě ekonomických úvah rezignuje na opatření, která mají za cíl podporu života, důstojnosti života a obohacování života starších a smrtelně nemocných lidí. (⁵⁴ Přednáškový cyklus Křesťanská etika, ETF, léto 2008, René Milfait).

Zdravotní péče o umírající a smrtelně nemocné je vysoce finančně nákladná a ve společnosti se většinou nenacházejí dostatečné zdroje k uspokojení potřeb všech cílových skupin obyvatelstva. Ty skupiny, které již nejsou ekonomicky aktivní a nepodílejí se výrazně na životě společnosti jsou z hlediska příspěvku z přerozdělených prostředků nejzranitelnější. Přesto-že každý z nás bude jednou starý, možná nemocný, ale určitě bude umírat, a tedy bude potřebovat finanční podporu z těchto prostředků, vyvstává otázka, zda jsou tyto prostředky rozděleny spravedlivě a jaké přerozdělení by ve společnosti mělo nastat. Nejvyšší maximou tohoto rozdělování by asi mělo být zohlednění cílů a možností paliativní péče, tak jak jsme o nich hovořili v předcházejících kapitolách. To by zajistilo efektivní využití finančních prostředků a zároveň jejich neplýtvání na péči kurativní, ale na podporu péče paliativní, tedy zaměřené primárně na potlačení utrpení a negativních procesů bolesti spojené s umíráním a odchodem z života.

Princip spravedlnosti se v paliativní péči projevuje zejména **rovnou možností přístupu k paliativní péči**. Tato rovnost není bohužel v dnešním světě a ani v ČR realizovaná a dochází k diskriminaci nejenom z rasových, věkových či finančních důvodů, ale také z důvodů typů nemoci. Dle zahraničních zkušeností mají nejlepší přístup k využití paliativní péče pacienti s rakovinou, co se týká ostatních druhů smrtelných nemocí (např. srdeční onemocnění, onemocnění dýchací soustavy apod.), pak je přístup k tomuto druhu péče obtížnější a někdy je vzhledem k progresu nemoci již na využití paliativní péče pozdě.

⁵⁴ Přednáškový cyklus Křesťanská etika, ETF, léto 2008, René Milfait

5.4 Autonomie pacienta

Čtvrtým a posledním ze základních etických principů používaných v lékařské oblasti je princip autonomie pacienta. Víme, že autonomie pacienta je samozřejmě odvozena z autonomie lidské bytosti. V předchozích úvahách jsme dospěli k názoru, že lidská důstojnost se opírá o autonomii, která přísluší pacientovi, jako člověku, díky jeho vnitřní nezpochybnitelné hodnotě.

Také jsme se v předchozích kapitolách věnovali vysvětlení propojení autonomie s lidskou důstojností a víme tedy, že otázky spojené s úctou a respektem k autonomii pacienta, který již nedisponuje schopností jednat, nesnižují jeho míru autonomie a důstojnosti.

V souvislosti s předchozími uvedenými etickými principy, a to zejména druhým principem – nonmaleficence – víme, že u pacientů s omezenou či chybějící způsobilostí se rozhodovat (viz. také kapitola o morální autonomii z hlediska ability a capacity) je zásadní použití tohoto principu z hlediska autonomie pacienta. Již z kapitoly o morální autonomii, ve které jsme vycházeli z Emanuela Kanta, bylo srozumitelné, že nelze odůvodnit nakládání s životem druhého s ohledem na jeho autonomii a lidskou důstojnost, tedy zejména v souvislosti např. s eutanazií.

Při použití lékařských metod je důležité dbát vůle a rozhodnutí pacienta a jeho blízkých (viz. i kapitola o nově ustanovených kategoriích z oblasti dodržování pravidel lidské důstojnosti). V dnešní době se proto užívá udělení souhlasu či nesouhlasu při plné způsobilosti k souhlasu, který se anglicky nazývá „informed consent“. Díky tomuto opatření je zaručena autonomie a integrita pacienta jako člověka. S pokročilostí nemoci a procesu umírání samozřejmě pak dále hraje větší a větší roli přesun rozhodnutí, spojených s lékařskou odpovědností, více na stranu lékařských profesionálů, kde je ale stále třeba respektovat vůli pacienta.

Respektování a podpora autonomie je jedním ze základních zájmů a úkonů medicíny. V situacích blízkých smrti mohou pacienti méně vnímat možnosti rozhodnutí. Úplná pečlivá pomoc v situaci umírání znamená také převzetí zodpovědnosti za autonomní

umírání. Autonomie a způsobilost k sebeurčení se považují za důležité podmínky identity.
(⁵⁵ Přednáškový cyklus Křesťanská etika, ETF, léto 2008, René Milfait).

Tuto kapitolu můžeme shrnout s tím, že základní předpoklad jakékoli medicíny je podporovat život a zdraví a respektovat autonomii pacienta a k tomu poskytovat svoji lékařskou či ošetrovatelskou odbornost.

Autonomie pacienta a lidské bytosti samozřejmě souvisí i s otázkou celistvosti. S náhledem na člověka jsme se podrobně zabývali v kapitole věnované člověku, jako obrazu božímu. Nyní tuto oblast nahlédneme vzhledem k našemu tématu.

6 Celistvost

Jak jsme zmínili v předchozích kapitolách, obraz člověka je v biblickém pojetí je holistický, celistvý. Člověk je nazírán jako neoddělitelný celek a samozřejmě není považován například jen za tělo, či tělo není považováno jen za schránku na duši. Přesto se právě v oblasti lékařství a ošetrovatelství tento dualistický pohled na člověka vyskytuje a z něho i následně pramení některé negativní způsoby zacházení s pacienty, které se vymykají podpoře lidské autonomie a důstojnosti.

Proč tento náhled na člověka ve společnosti přetrvává? Odpověď možná nalezneme při popisu Karteziánsko-Newtonovského mechanického modelu, který pochází již z 16. a 17. století a který dal základ současnému světovému paradigmatu, kdy se na člověka nazírá, jako na stroj, kdy všechny jeho součásti a vlastnosti mohou být vědecky sledovány a vyhodnocovány, porovnávány a kvantifikovány.

Dle psychiatra R. D. Lainga jsme došli opravdu do odtrženosti od reality...: "Opustili jsme zrak, zvuky, chuť, hmat a vůni a s nimi odešla estetika i etika, hodnoty, kvalita, forma, všechny pocity, pohnutky, úmysly, duše, vědomí, duch. Zkušenost jako taková je z říše vědeckých pojednání vykázána."

Na základě tohoto modelu je současný svět považován za posedlý sledováním a měřením.

Z tohoto úhlu pohledu také vidíme, proč vlastně u jednoho umírajícího máme najednou například 3 specialisty (srdce, oběhový systém, plicní specialista), kteří vidí umírajícího z úhlu své profese a nemohou se dohodnout v pokračování či přerušení další léčby. To, co ale nevidí je člověka jako takového se svým jedinečným příběhem a cestou.

⁵⁵ Přednáškový cyklus Křesťanská etika, ETF, léto 2008, René Milfait).

Člověk, a to zejména na konci své životní pouti by měl mít naprostou podporu pro svoji integritu, autonomii a důstojnost a jeho celistvost jako lidské bytosti by měla být bezpodmínečně zachována.

7 Důstojné umírání a dobrá smrt

Důstojné umírání (tedy umírání respektující člověka, tedy jeho lidskou důstojnost, tak jak jsme se tomuto tématu věnovali v mé práci v předcházejících kapitolách) a dobrá smrt v sobě vždy nerozlučně zahrnují kvalitu poskytované péče a pacientovo subjektivní hodnocení a prožívání konce života. Americký Institute of Medicine definuje dobrou smrt jako „...smrt, při které je odstraněno a zmírněno všechno ovlivnitelné utrpení a stres pacientů, jejich blízkých a také těch, kteří o pacienta pečují. Vše se děje s respektem k přání pacienta a jeho rodiny a v rozumné míře jsou respektovány klinické, kulturní a etické standardy“. (⁵⁶Improving Care at the End of life. 1997, Umírání a paliativní péče v ČR, s. 10)

Zajímavé a zároveň děsivé je zjištění, že přes vysokou medicínskou úroveň v naší společnosti, nejsme schopni takové práce se smrtelným utrpením, abychom dokázali umírajícímu účinně pomoci. Například, dle národního reprezentativního výzkumu v U.S. (v ČR se mi nepodařilo podobnou statistiku získat, domnívám se, že není k dispozici) obdrží jeden z pěti lékařů alespoň jednu žádost o pomoc při ukončení života pacienta. Jeden z dvaceti lékařů pak reportuje více než jednu žádost. (⁵⁷Meier et. al. Hospice and palliative Care, the Quality Imperative, 1998).

8 Komunikace s pacienty a naděje

Člověk na konci své životní cesty, jeho nejbližší a doprovázející, včetně ošetřujícího personálu jsou v souvislosti s koncem života konfrontováni s otázkou, jakým způsobem s umírajícími pacienty hovořit. Tato otázka je samozřejmě spojena i s otázkou sdělení či nesdělení celé a pravdivé diagnózy, jejího načasování, způsobu sdělení, úrovně celé komunikace a celkového ovzduší interakce. V souvislosti s paliativní péčí se prosazuje model pravdivosti, zodpovědnosti a naděje. Pojdme se nyní podívat na posledně zmiňovanou naději.

⁵⁶ Improving Care at the End of life, Umírání a paliativní péče v ČR, str. 10

⁵⁷ Meier et al. Hospice and palliative Care

Nejprve se opět obrátíme na biblické prameny. Jedním momentem biblické perspektivy je její chápání fyzického zla. Nemoc, bolest, utrpení je v Bibli spojeno s hříchem prvotních lidí. To vše nebylo obsaženo v původním božím tvůrčím záměru. Avšak v duchovních dějinách Izraele se vynořuje naděje a očekávání, že lidstvo bude jednou osvobozeno od fyzického strádání.

V Novém zákoně byla tato naděje ještě posílena. Kristovo uzdravování nemocných má kosmický dosah. Eliminace nemocí a fyzického strádání je součástí kosmického vykoupení a očekávání „budoucího věku“, kdy „Bůh setře každou slzu z očí.“⁽⁵⁸⁾ Bioetika s.24) a smrt již nebude, ani žalu ani nářku ani bolesti už nebude – neboť co bylo, pominulo. (⁵⁹Zj 21)

Jak již bylo zmíněno dříve, již ve Starém zákoně se objevuje naděje a očekávání, že lidstvo bude zbaveno fyzického utrpení, které je v Novém zákoně dále posíleno. Každý člověk tedy má naději v nalezení spásy a útěchy od utrpení v Ježíši Kristu.

Základními principy křesťanské teologické etiky projevující se v paliativní péči můžeme tedy spatřit v principech Naděje, Spravedlnosti a Lidské Důstojnosti.

Pokračujme citací z jedné z nejodbornějších knih na téma paliativní péče a to opět z knihy Principy a praxe paliativní péče od paní Payneové:

„V rámci paliativní péče je důležité, aby zdravotníci udržovali u pacientů a jejich rodin pocity naděje, která není falešná, ale realistická (⁶⁰Penson, 2000). Koncepce udržování naděje nebo určitého optimismu v onkologických ústavech a v zařízeních paliativní péče může sloužit k podrobnějšímu osvětlení přístupu, který vychází ze sociální interakce. Důležitým příspěvkem je v tomto smyslu popis „vytváření naděje“ pacienty, kteří se blíží smrti, a zdravotníky v jedné nemocnici ve Finsku. Perakyla popsal 3 varianty „vytváření naděje“:

- **Vytváření naděje na vyléčení, když se stav pacienta zlepšuje**
- **Paliativní vytváření naděje, když se pacient cítí lépe**
- **Vyrovňávání se se stavem, když už není žádná naděje a nemoc je nevléčitelná**

⁵⁸ Bioetika, s. 24

⁵⁹ Zj. 21

⁶⁰ Penson

Autor zdůrazňuje nutnost umění rozlišovat, kdy a kde se ten který přístup k utváření naděje použije. Významným prvkem této práce je to, aby byl pacient pojímán, jako aktivní přispěvatel k této interakční praxi, neboť za vytváření a udržování nadějného ladění verbálních interakcí nezodpovídají výhradně jen zdravotníci.⁶¹ Payenová, Principy a praxe paliativní péče, str. 157 -158).

Zde vidíme, že pacient je právoplatným členem této komunikace a nejenom objektem, kterému je něco sdělováno, bez ohledu na jeho zpětnou vazbu. Tento princip, tedy princip účasti a spoluvytváření dalších kroků je velmi křehký a vyžaduje velkou dávku taktu. Pravdivost je samozřejmě nutností, ale nemusí se za každou cenu sdělovat celá pravda najednou a ne vždy jsou vhodné podmínky ke sdělování věcí, které jsou velmi osobní, existenciální a zásadní. Lékař není nadřazenou autoritou a pacient není obětí, která pasivně čeká na jeho rozhodnutí, naopak vše se vytváří dohromady. V každém případě je nutno zcela individuálně posoudit osobní situaci pacienta a maximálním etickým ohledem postupovat v jeho prospěch.

Konfrontací s koncem své cesty se většinou každý člověk ohlíží za svým životem, vrací se k jednotlivým událostem z minulosti, rekapituluje je, hodnotí je, hledá smysl a celý svůj život uzavírá. Je velmi prospěšné pacienta v tomto procesu podporovat a tedy jej provázet i v jednotlivých etapách nemoci a umírání s pomocí naděje.

Tedy naděje jako takové, ale ne naivního optimismu. Naděje, která neříká, že léčba vyjde, že se pacient uzdraví, ale naděje, že paliativní péče je smysluplná, neboť pacient je člověk a proto má tato podpora význam a smysl a pacient na ní má samozřejmý, nezpochybnitelný nárok, protože má svoji lidskou důstojnost. Naděje, která bude spojená s konkrétní momentální situací a nebude pacientovy nic falešně nalhávat, ale bude citlivě nakládat s fakty a s okolnostmi. Naděje, kterou je možno použít kdykoli i v těch nejtěžších případech, kdy se její pomocí pacient postupně adaptuje na novou zkušenost a pomůže mu se s novou situací vyrovnat.

Každý člověk, včetně nás samých, potřebuje na konci své životní cesty podporu a uznání od druhých lidí a to zejména v souvislosti ohlédnutím se za svojí činností zde a obstáním před sebou samým. Pocity smutku, ztráty, beznaděje, bolesti a snaha to vzdát je potřeba citlivě ošetřovat a pacienta při nich doprovázet a snažit se tak snížit pocity osamělosti a

⁶¹ Payenová, Principy a praxe paliativní péče, str. 157-158

opuštění, které se často v těchto souvislostech objevují. Důstojnost je spojená s tím, že pro každého člověka se vždy dá něco udělat.

Bezpodmínečné udržování naděje a podpory pacienta je tím nejdůležitějším, co se pro něj dá vůbec na lidské úrovni udělat. Pokud je smrt blízko, je důležité, aby byla zachována nejvyšší možná kvalita života a byly podporovány procesy vedoucí k důstojnému závěru a naplnění každého jednotlivého člověka.

Závěr

Jako cíl své práce jsem si vytkla, nejenom zachytit hlavní oblasti paliativní péče a danou problematiku, jako takovou, ale dále se zaměřit na její etický rozměr. Toto základní zaměření se mi, dle mého názoru, podařilo splnit.

Dalším mým cílem bylo použití etického přístupu a případná možnost implementace etických charakteristik do oblasti paliativní péče. Zaměřovala jsem se nejenom na mapování současné situace, ale i na verbalizaci problémů s ní spojených a otázkami možnosti změn do budoucna.

Ve své práci jsem odhalila nejenom nedostatky současné paliativní péče v ČR a některé i v zahraničí, ale i doporučila větší zaměření na člověka v jeho celku s respektováním jeho důstojnosti, autonomie a práva na převzetí osobní zodpovědnosti.

Co se týká jednotlivých pohledů na problematiku umírání, péče o dlouhodobě nemocné a umírající a na problematiku paliativní péče z hlediska etiky je jasné, že náhled společnosti na tyto jevy a zejména na smrt, umírání a umírající rozhodující měrou ovlivňuje přístup k pacientům a také vážnost, či spíše znevážení, jaké v současné době tato problematika v ČR má. Další kvalitativní posun od zachování důstojnosti nejenom lidského těla a lidských orgánů, ale i lidského života s jeho nenahraditelnou cenností a lidské osobnosti a jedinečného příběhu jen napomůže k zlepšení v této oblasti a k implementaci etických principů v praxi.

Dále se domnívám, že je zcela neomluvitelné, aby byli jakýmkoli způsobem znevýhodněni umírající, kteří umírají na jiné typy chronických nemocí, než je rakovina. Spravedlivý a rovný přístup nejenom k obecné, ale v případě potřeby i ke specializované paliativní péče je naprostou nutností a stát a uspořádání zdravotní péče musí finanční prostředky, které

jsou k ve zdravotnictví a v sociální oblasti roz distribuovat spravedlivým a respektujícím způsobem.

Co se týká faktu, že v naší společnosti je smrt a umírání naprosto vytěsněna z našich životů a je oddělena od života jako takového je velkým nedostatkem, který se pak následně objevuje i v chování se k pacientům a k umírajícím. Výchovou a osvětou v těchto tématech a to i na všech úrovních a typech škol (samozřejmě odpovídající formou) a zejména nevytěsňováním a nevydělováním otázek smrti z našich životů by se ledasco zlepšilo a také přístup k umírajícím by byl následně jiný. Vždyť si stačí promluvit se stážisty či se studenty, kteří ošetřují umírající o tom, jak jim tato práce pomohla si ujasnit priority v životě, jak dala jejich životům širší a hlubší rozsah, jak je na chvílku zastavila v hektickém tempu doby...

Doufejme, že selepší vztah společnosti ke smrti, umírání a umírajícím, aby jim byla dána patřičná důležitost, ale věřím, že také přehodnocení financování ve zdravotní sféře ve prospěch péče paliativní.

Resumé v českém jazyce

Bakalářská práce „Etická tkáň v paliativní medicíně“

si dává za cíl zmapovat oblasti, které jsou relevantně spojené v paliativní péči a medicíně se smrtí, umíráním, péčí o umírající, o dlouhodobě nemocné a to z hlediska etiky a etických náhledů. Z důvodů zahrnutí i pohledu biomedicíny jsem použila v názvu mé práce slovo tkáň, které ve své šíři zachycuje jednotlivé oblasti, které jsou touto problematikou zasaženy a propojeny.

V práci jsou dále vyjádřeny problémy, se kterými se paliativní péče setkává a to jak v praxi, tak v oblasti etických přístupů k pacientům a umírajícím, jako je lidská autonomie, svoboda a lidská důstojnost. Práce nachází východisko z obtíží přes celostní přístup k pacientům a umírajícím a k jejich přijetí jako jedinečné lidské bytosti s osobním příběhem, který chce být vyslechnut a vyprávěn. Pociťovaná a prožívaná kvalita života je přímo úměrná sociálním vztahům a sociální péčí, která je zatím bohužel v nemocnicích, hospicích, ale i v paliativních ústavech opomíjena a na člověka je dosud nahlíženo v duchu Newtonovského světového modelu, jako na soubor orgánů a charakteristik, které mají vykazovat určité hodnoty, které se dají vědecky sledovat a pokud nejsou hodnoty vykazovány je konstatována smrt.

Věřím, že moje práce přispěje k orientaci ohledně této problematiky v ČR a v dalších zemích.

Resumé v anglickém jazyce

Bachelor document „Ethical tissue in the palliative care“ has as a first objective to map the areas in which the categories as the death, dying, care about dying person, care about long-time ill are relevant and see them from the angle of the ethic and ethical approaches.

Because of the fact of the reason to include also the view of the biomedicine results, I was using the name of tissue. My opinion is that this term the best reflex whole wideness of the problematic and maps all the areas, which are involved.

During my work they were expressed the problems, which is the palliative care facing the practise and in the area of the ethical approaches for the patients and dying persons, as are the human autonomy, freedom and human dignity.

My work found the way out of the difficulties through the holistic approach towards to the patients and dying persons and their acceptance as a unique human identity with the personal life story, which is willing to be heard and to be shared with the others.

The quality of life, which is perceived is directly depended of the social network, social care which is unfortunately still in the hospitals, hospices, but also in the palliative care institutions missed and human being is seen as a summary of the organs and characteristics, which supposed to have specific qualities, which could be scientifically observed, and monitor and if they don't the death is claimed.

I hope, that my work will help to orientation in this problematic in the Czech republic and also i the other countries and will bring more ethic to it.

Monografie:

Aries Philippe, „*Dějiny smrti II (Zdivočelá smrt)*“, 1. vydání, Argo, Praha : 2000, 410 s., ISBN – 80-7203-293-3

Aries, Philippe, „*Dějiny smrti I.*“, 1. vydání, Argo, Praha : 2000, 358 s. ISBN – 80-7203-286-0

Beauchamp, Tom L Childress James F. „*Principles of biomedical ethics*“ 5. Vydání, New York:2001, 454 s. ISBN 0-19-514332-9

Šourková, Petra; PhDr. Šusterová, Marie, „*Informace, kontakty a sociálně zdravotní služby pro seniory*“, 1. Vydání, Praha: 2005, 129 s., vydalo Městské centrum sociálních služeb a prevence

„*Bible*“, ekumenický překlad, Praha 1979

„*České ošetrovatelství 2*“:Zajišťování kvality ošetrovatelské péče, Etický kodex sester, Charty práv pacientů, 1. vydání, Brno: 2004, 47 s., vydalo Národní centrum pro ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů, ISBN 80-7013-270-1

II. světový summit Národních asociací hospicové a paliativní péče

Rada Evropy č. 1418/1999 „*Charta práv umírajících*“

„*Dodatkový protokol k Úmluvě o lidských právech a biomedicíně*“, (Bioetická konvence)

Členské státy Rady Evropy, další státy a Evropské společenství, schváleno výborem ministrů 19.listopadu 1996

„*Korejská deklarace o hospicové a paliativní péči*“, březen 2005,

„*Na cestách domů, paliativní péče a dobré umírání*“, 1. vydání, Praha:2006, Cesta domů s.46

Etická komise Ministerstva zdravotnictví „*Etický kodex práv pacientů*“, leden 1991,

Firthová, Pam; Luffová, Gill; Oliviere, David, ed. „*Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*“ 1. vydání, Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 236 s. ISBN 978-80-87029-21-3

Haškovcová, Helena, „*Fenomén stáří*“, 1. vydání, Praha: 1990, vydala Panorama, 416 s., 601-22-825,

Holmerová, Iva; Jurašková, Božena ; Zikmundová, Květa, „*Vybrané kapitoly z gerontologie*“, 2. doplněné vydání, Praha: 2003, 88 s., vydala Česká alzheimerovská společnost, ISBN 80-86541-12-6,

- Yalom D. Irvin, „*Existenciální psychoterapie*“, 1. vydání, Praha: 2006, nakladatelství Portál, ISBN 80-7367-147-6
- Kalvach Z. ; Zadák Z. ; Jiráček R. ; Zavázalová H. ; Sucharda P. (editoři): „*Geriatric a gerontologie*“ 1. vydání, Praha, Grada Publishing: 2004, 864 s.
- Kalvach, Zdeněk; Mareš, Jan ; Prudký, Libor; Ptáček, Ondřej; Sláma ,Ondřej; Špinková, Martina ; Špinka, Štěpán „*Umírání a paliativní péče v ČR*“ (situace, reflexe, vyhlídky)“ 1. vydání, Praha: 2004, 103 s., ISBN 80-239-2832-5
- Kalvach, Zdeněk; Mgr. Hrabětová, Eva „*Senior a já*“ 1. Vydání Praha: Společnost přátelská všem generacím, 2005. 72 s. brožovaný výtisk
- Milfait René; soubory Křesťanská etika, léto 2008, ETF; soubory: Blahoslavenství, Euthanasie, Pomoc zemřít a doprovázení umírajících, Interpretace etických a lidsko-právních principů v etických kodexech sociálních pracovníků, Mravní autonomie lidské důstojnosti, Společné etické základy pastorační a sociální práce, Základní postoje profesní morálky sociálního pracovníka, Přednáška teologická etika sociálního pracovníka, Přednáška teologická etika pro praxi, Celistvost, Lékařská etika a vztah pacient, Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných, Svědomí, Zpracování zármutku v posledním úseku života, Etické otázky v paliativní medicíně, Lidská svoboda, Biomedicínká etika.
- Murray, Parkes; Relfová, Marilyn; Couldricková, Ann „*Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*“ 1. vydání, Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 180 s. ISBN 978-80-87029-23-7
- Payneová, Sheila; Seymourová, Jane; Ingletonová, Christine (eds.) *Principy a praxe paliativní péče*, 1. vydání Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1
- Ratzinger, Joseph, „*Eschatologie, Smrt a věčný život*“, 1. vydání, Brno: 2004, vydal Barrister and Principal – studio, 195 s., ISBN 80-85947-19-6
- Ratzinger, Joseph „*Úvod do křesťanství*“, 1. vydání Brno: 1991. ISBN 80-85247-13-5
S.N. Austad: „*Proč stárneme*“. Český překlad Praha: Mladá fronta, 1999 (anglicky Why we age. John Wiley and Sons, 1997)
- Sígl, Miroslav „*Co víme o smrti*“ 1. vydání, Praha: 2006, 416 s., ISBN 80-87027-11-6
- Sýkorová, Dana; Chytil, Oldřich „*Autonomie ve stáří, Strategie jejího zachování*“, 1. vydání, Ostrava: 2004, 323 s., vydala Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, ISBN 80-7326-026-3,

Theová, Anne – Mei, „*Paliativní péče a komunikace*“, 1. vydání, Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 241 s. ISBN 978-80-87029-24-4

Van Dyck, Herman, „*Příručka správného kontaktu s nevidomými a slabozrakými*“, 1. vydání Praha, 1996, vydala Česká unie nevidomých a slabozrakých, 31 s. brožovaný výtisk

Přílohy:

Příloha č. 1 Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“ („Charta práv umírajících“)

Příloha č.2 Ústava ČR – článek č.3

Příloha č.3 Zákon 20/1966 Sb. § odst. 1

Příloha č.4 Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a jeho doplnění z r. 2006

Příloha č.5 Etický kodex práv pacientů

Příloha č. 6 Charta práv a svobod starších občanů

Příloha č. 7 Konvence o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikace medicíny a biologie

Příloha č. 8 Korejská deklarace

Příloha č. 9 Konvence o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikace medicíny a biologie, dodatkový protokol o zákazu klonování lidských bytostí

Příloha č. 10 Etický kodex České lékařské komory

Příloha č. 11 Hippokratova přísaha

Příloha č.12 Etický kodex pro zdravotní sestry

Příloha č.13. zákon o transplantacích a odběrech orgánů z r. 2002

Příloha č.1

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“
(„Charta práv umírajících“)

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodloužení života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často **nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.**
3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, „že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel.“ V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.“
4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.
5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.
6. Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.
7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:

Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti

Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby

Umělým prodloužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného

Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči

Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích

Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží

Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli

Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících

Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti

8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:

Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)

Prodloužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli

Umírání o samotě a v zanedbání

Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží

Omezování život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů

Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících

9. **Shromáždění proto doporučuje**, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

a) že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:

aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech

aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči

aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče

aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně

aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta

aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající

aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince

aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy

aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii

aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti

aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny

b) tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:

aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován

aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího

aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvažena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem

aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (*living will*), v „pořízení“ nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (*advance directives*), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být

jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení

aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností

aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány

c) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:

uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“

uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby

uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt

Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999

Příloha č.2 Ústava ČR – článek č.31

ÚSTAVA ČR

Článek 31

Součástí ústavního pořádku České republiky je Listina základních práv a svobod.

LISTINA Základních PRÁV A SVOBOD

Článek 31

Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.

Příloha č.3 Zákon 20/1966 Sb.§ odst.1

Zákon garantuje pacientům svobodnou volbu lékaře i zdravotnického zařízení (Zákon 20/1966 Sb.§ odst.1),

Příloha č.4 Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, výňatky

Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění

§ 17 odst. 1...Smlouvy se nevyžadují při poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče pojištěnci.“

§ 24 odst. 2 „Pojištěnec musí být přijat do ústavní péče, jestliže by nepřijetím nebo odložením přijetí do ústavní péče byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo jeho zdraví...“

Zákon č.48/1997 Sb. byl v r. 2006 doplněn v §22a s názvem "Zvláštní ústavní péče – péče paliativní lůžková - ve znění: Léčba paliativní a symptomatická o osoby v terminálním stavu poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu."

Příloha č.5 Etický kodex práv pacientů

Etický kodex práv pacientů

V lednu 1991 ratifikovalo Federální shromáždění Listinu lidských práv a svobod, v návaznosti na ni vypracovala a schválila centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví kodex o právech pacientů: tento byl prohlášen za platný 25. 2. 1992.

Pacient má právo na ohleduplnou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.

Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních návštěv) může být provedeno pouze ze závažných důvodů.

Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení, má býti náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich zúčastní. Pacient má právo v rozsahu, který povoluje zákon, odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.

V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby, brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření je věcí důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na vyšetření přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.

Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.

Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí, podle svých možností, přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře, odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, pacient může být předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě mu jsou k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

Pacient má právo znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Charta práv a svobod starších občanů

Chartu práv a svobod starších občanů, kteří potřebují péči a pomoc druhé osoby, vypracovala francouzská Národní nadace pro gerontologii ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí Francie v roce 1966.

1. Článek I (svoboda volby)

Každý občan se sníženou soběstačností má právo vybrat si sám způsob svého života. Musí používat autonomie dle svých fyzických a psychických možností, a to i za cenu určitého rizika. Je však třeba, aby byl o tomto riziku informován a přizpůsobil mu prostředí, ve kterém žije.

Rodina a ošetřující by měli jeho volbu respektovat.

2. Článek II (domácnost a prostředí)

Prostředí, ve kterém žije starší občan se sníženou soběstačností (ať je to již jeho domácnost či jiné zařízení), by mělo respektovat jeho volbu a být přizpůsobeno jeho potřebám.

Je třeba, aby tyto lidé mohli co nejdéle setrvat v domácím prostředí. Tomu by také mělo odpovídat uspořádání, zařízení a vybavení jejich domácnosti.

Možnost setrvání doma může mít své meze, a proto je třeba, aby se tyto lidé mohli rozhodnout pro alternativní řešení, kterým bývá nejčastěji pobyt v instituci. Častou příčinou, proč je třeba volit pobyt v instituci, je duševní onemocnění (nejčastěji demence).

V tomto případě je třeba, aby pacient i jeho rodina volili vždy podle potřeb pacienta. Cílem je zajistit duševní i psychickou pohodu a kvalitní život. Proto by zařízení měla být koncipována tak, aby odpovídala potřebám soukromého života. Zařízení by mělo být přístupné, bezpečné a umožňovat dobrou orientaci.

3. Článek III (sociální život s handicapem)

Všichni lidé, kteří jsou v důsledku svého onemocnění závislí na pomoci a péči druhých osob, by měli mít garantovanou svobodu volně komunikovat, neomezeně se pohybovat a podílet se na společenském životě.

Urbanisté by při plánování měst měli vzít v úvahu stárnutí populace. Veřejná doprava a prostranství by měly být přizpůsobeny změněným potřebám zdravotně postižených. Všichni starší občané by měli být jasným, srozumitelným a přesným způsobem informováni o svých sociálních právech a o legislativních změnách, které jsou pro ně důležité.

4. Článek IV (přítomnost a role blízkých a příbuzných)

Pro občany se sníženou soběstačností je zásadně potřebné, aby si mohli zachovat a udržovat dosavadní přátelské a příbuzenské vztahy.

Je třeba společensky respektovat roli pečujících rodin, které by měly být zejména psychologicky podporovány. Také instituce by měly dbát na spolupráci s rodinami pacientů, která je důležitá pro zlepšení kvality jejich života. V případě, že není rodina, je třeba, aby její roli převzali profesionálové nebo dobrovolníci.

Je třeba, aby si tito lidé také mohli zvolit a prožívat své intimní vztahy.

5. Článek V (majetek)

Všechny starší osoby s omezenou soběstačností mají nezpochybnitelné právo si zachovat movitý i nemovitý majetek.

S tímto majetkem mohou sami disponovat, kromě případů, kdy je soudem rozhodnuto jinak. Pokud tito lidé nejsou schopni nést náklady svého handicapu, je třeba jim pomoci.

6. Článek VI (aktivní život)

Je třeba umožnit všem starším občanům, kteří jsou závislí na pomoci a péči druhé osoby, aby si co nejdéle zachovali své dosavadní aktivity.

Potřeba vyjádřit se a kreativně uplatnit trvá i v situaci těžkého zdravotního i duševního postižení. Je třeba vytvořit centra, která se této problematice budou věnovat. Aktivity by neměly být stereotypem, ale měly by respektovat přání starších občanů. Při koncipování aktivit je třeba se vyvarovat degradujících prvků.

7. Článek VII

Každý starší člověk se sníženou soběstačností musí mít možnost podílet se na náboženských či filozofických aktivitách dle své vlastní vůle a volby.

Každé zařízení by mělo tuto potřebu respektovat a umožnit ji prostorově i přístupem zástupců různých církví a vyznání.

8. Článek VIII

Stáří je fyziologickým - normálním stavem. Nesoběstačnost je vždy důsledkem tělesné či psychické choroby. Některým z těchto chorobných stavů je možné předcházet.

Proto je důležité prosazovat takové medicínské postupy, které povedou k prevenci nesoběstačnosti.

Způsoby, jakými lze těmto stavům předcházet, by měly být předmětem informací určených široké veřejnosti, zejména občanům vyššího věku.

9. Článek IX

Každý člověk se zhoršenou soběstačností by měl mít přístup k takovým službám, které potřebuje a jsou mu užitečné.

V žádném případě by se neměl stát pouhým pasivním příjemcem služeb, a to ani v instituci, ani doma. Přístup ke službám by se měl řídit individuálními potřebami nemocného. Nesmí docházet k věkové diskriminaci. Služby zahrnují všechny lékařské a jiné odborné zdravotnické činnosti, měly by se přizpůsobovat potřebám starších lidí, nikoli naopak. Cílem je zlepšení kvality života nemocného a zmírnění obtěžujících příznaků, např. bolesti, zlepšení nebo udržení dobrého duševního stavu, vrácení naděje.

Instituce obecně (i nemocnice) by měly být personálně, věcně i architektonicky vybaveny pro přijetí starších občanů, a to i těch, kteří jsou nemocní duševně.

Musejí být zrušena veškerá administrativní opatření, která vedou ke zbytečnému čekání na příslušnou službu - a jsou vlastně jednou z forem špatného zacházení se starými lidmi.

10. Článek X

Všichni, kteří pracují se staršími pacienty by měli získat vzdělání v gerontologii odpovídající jejich profesi. Vzdělání musí být úvodní a kontinuální, mělo by se zabývat zvláštnostmi onemocnění a potřebami pacientů vyššího věku.

Všichni profesionálové by měli mít možnost analyzovat své postoje a praktické přístupy ve spolupráci s psychologem.

11. Článek XI (úcta ke konci života)

Nemocnému v terminálním stadiu onemocnění i jeho rodině by měla být poskytnuta péče, pomoc a podpora.

Je samozřejmé, že nelze směřovat stavy závažné a stavy neodvratitelné vedoucí ke smrti. Odmítnutí terapie, kdo má naději na vyléčení je stejným omylem, jako obtěžující a nadbytečné léčení toho, kdo se nachází v terminálním stadiu nevyléčitelného onemocnění. Jakmile se blíží neodvratitelně smrt, je třeba nemocného obklopit péčí a pozorností přiměřenou jeho stavu. Znamená to citlivé doprovázení, zmírňování všech nepříjemných psychických i fyzických příznaků, které stav doprovázejí. Umírající by měli svůj život končit co nejpřirozenějším způsobem, obklopeni blízkými, s respektem k víře a přání umírajících.

Ošetřující by měli umět doprovázet pacienta, ale i jeho rodinu obdobím před i po smrti.

12. Článek XII (výzkum: priorita a povinnost)

Prioritou by měl být multidisciplinární výzkum o stárnutí a o všech aspektech a souvislostech soběstačnosti.

Jenom výzkum umožní lepší znalost poruch a chorob, které se váží ke stárnutí a tím také k jejich lepší prevenci. Výzkum by měl zahrnovat kromě disciplin biomedicínských také humanitní a ekonomické aspekty. Rozvoj takového výzkumu by měl vést ke zlepšení kvality života osob se zhoršenou soběstačností, ke zmírnění jejich utrpení. Také by měl přinést ekonomický efekt.

13. Článek XIII (uplatnění práva a právní ochrana osob s omezenou soběstačností)

Každý člověk s omezenou soběstačností musí požívat ochrany svých práv a své osobnosti.

14. Článek XIV (informace, nejlepší prostředek boje proti vyloučení)

Veřejnost by měla být efektivně informovaná o obtížích, se kterými se setkávají lidé s omezenou soběstačností.

Tyto informace by se měly šířit co nejvíce. Neznalost a nevědomost vedou příliš často k sociálnímu vyloučení lidí, kteří by se díky svým zachovaným schopnostem mohli a přáli podílet se na společenském životě.

K vyloučení (exkluzi) může vést jednak nerespektování oprávněných potřeb pacientů, ale i nadbytečná infantilizující a invalidizující péče.

Často nejsou možnosti ani typy služeb známy, a to dokonce ani profesionálům. Pojmenovat reálnou situaci, poukázat na tento problém v celé složitosti a seznámit s ním veřejnost je významný krok k prevenci sociálního vyloučení starších lidí s omezenou soběstačností.

Příloha č. 7 Konvence o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikace medicíny

(Schváleno výborem ministrů 19. listopadu 1996)

PREAMBULE

Členské státy Rady Evropy, ostatní státy a Evropské společenství jakožto signatáři konvence

uznávají všeobecnou deklaraci lidských práv vyhlášenou valným shromážděním Spojených národů dne 10. prosince 1948 a budou se jí řídit;
uznávají konvenci o ochraně lidských práv a základních svobod ze dne 9. listopadu 1950 a budou se jí řídit;
uznávají evropskou sociální chartu o občanských a společenských právech ze dne 19. prosince 1966 a budou se jí řídit;
uznávají konvenci o ochraně osobnosti při zpracování osobních dat ze dne 28. ledna 1981 a budou se jí řídit;
uznávají také konvenci o právech dítěte ze dne 20. listopadu 1989 a budou se jí řídit;
zastávají shodně stanovisko, že cílem Rady Evropy je dosáhnout větší jednoty mezi jejími členy a že jednou z metod k dosažení tohoto cíle je dodržování a další prosazování lidských práva základních svobod;
jsou si vědomy rostoucího rozvoje biologie a medicíny;
jsou přesvědčeny o nutnosti respektovat člověka jako jedince i jako příslušníka lidského druhu sapiens a uznávají důležitost záruky důstojnosti člověka;
jsou si vědomy toho, že zneužití biologie a medicíny může vést k atakům ohrožujícím lidskou důstojnost;
jsou pevně přesvědčeny, že pokroku v biologii a medicíně musí být využito ku prospěchu generace současné i generací příštích;
budou neustále zdůrazňovat potřebu realizace mezinárodní spolupráce tak, aby biologie a medicína sloužily k dobru všech lidí;
uznávají význam veřejné debaty o otázkách vzniklých v souvislosti s aplikací biologie a medicíny a odpovědí na ně;
požadují, aby všem členům byla stále připomínána jejich práva a povinnosti; přihlížejíce k práci, kterou v tomto ohledu vykonalo Parlamentní shromáždění Rady Evropy, včetně Doporučení 1160 (1991) k přípravě konvence o bioetice, a

rozhodnuvše se učinit veškerá opatření nezbytná k ochraně důstojnosti člověka a základních práv jedince v souvislosti s aplikací biologie a medicíny.

Usnesly se na následujícím:

KAPITOLA I

Všeobecná ustanovení

Článek 1

Návrh a cíl

Smluvní strany budou chránit důstojnost a identitu všech lidí a v souvislosti s aplikací biologie a medicíny zaručí každému, bez diskriminace, respektování jeho integrity, ostatních práv a základních svobod.

Každá smluvní strana zařadí do svého právního řádu potřebná opatření k realizaci ustanovení této konvence.

Článek 2

Priorita zájmů člověka

Zájmy a blaho člověka (lidské bytosti) musejí být nadřazeny všem ostatním zájmům společnosti a vědy.

Článek 3

Spravedlivý přístup

Smluvní strany učiní - v rámci své jurisdikce - veškerá příslušná opatření k zajištění spravedlivého přístupu k péči o zdraví, přičemž budou brát v úvahu jak její dostupnost, tak její kvalitu.

Článek 4

Profesionální úroveň

Každý zásah do sféry zdraví, včetně výzkumu, musí být prováděn v souladu s profesními závazky a na odpovídající odborné úrovni.

KAPITOLA II

Souhlas

Článek 5

Všeobecné principy

Žádný zásah do sféry zdraví nesmí být proveden bez potřebného informování osoby, která jej podstupuje, a bez jejího souhlasu.

Informace poskytnutá dané osobě se musí týkat jak účelu a charakteru zásahu, tak

jeho důsledků a s ním spojených rizik.

Příslušná osoby se může kdykoli svobodně rozhodnout, že svůj souhlas odvolá.

Článek 6

Ochrana nezpůsobilých osob

1. V souladu se články 17 a 20, uvedenými dále, lze u osob, jež nejsou právně způsobilé dávat souhlas, provádět zásahy sloužící výhradně k jejich prospěchu.
2. Jestliže nezletilý občan není ještě právně způsobilý dát souhlas k zásahu, musí být zásah proveden jedině se svolením jeho zástupce nebo zákonem určeného orgánu či osoby.

Na souhlas nezletilých osob nutno - vzhledem k jejich věku a soudnosti - nahlížet jako na relevantně rozhodující faktor.

3. Pokud z právního hlediska není dospělá osoba způsobilá dát svůj souhlas vzhledem k duševní poruše, chorobě nebo z jiných důvodů - může být zásah proveden jedině se svolením jejího zástupce nebo zákonem ustanoveného orgánu či osoby. Pokud je to možné, má se příslušná osoba zúčastnit právního řízení.

4. Pro zákonem stanoveného zástupce, orgánu či osoby zmiňované v odstavci 2 a 3 platí stejné podmínky, jako jsou uvedeny v článku 5.

5. Svolení zmiňované v odstavcích 2 a 3 může být v zájmu příslušné osoby kdykoli odepřeno.

Článek 7

Ochrana osob s duševní chorobou

Pacienti, kteří trpí závažnou duševní chorobou mohou být - bez svého souhlasu - a při dodržení zákonem stanovených ochranných podmínek - podrobení zásahu zaměřenému na léčbu jejich duševní choroby v případě, že by bez takové léčby pravděpodobně došlo k vážnému poškození jejich zdraví. V zákonem stanovených ochranných podmínkách by měl být zahrnut dozor lékaře, kontrolní opatření a možnost odvolání.

Článek 8

Naléhavé případy

Jestliže v naléhavých případech není možné získat odpovídající souhlas, musí být každý lékařský zásah proveden v zájmu zdraví dané osoby bezodkladně.

Článek 9

Dříve vyslovené přání

U pacienta, jež v době zásahu není v takovém stavu, aby mohl vyslovit své přání, nutno pohlížet k přáním, která pacient v souvislosti s provedením zásahu vyslovil dříve.

KAPITOLA III

Soukromí a právo získat informace

Článek 10

Soukromí a právo získat informace

1. Každý má právo na to, aby i v oblasti informací o jeho zdraví byl respektován jeho soukromý život.
2. Každý je oprávněn znát všechny informace o svém zdraví. Pokud si však někdo informován o svém zdraví být informován nepřeje, je to třeba respektovat.
3. Ve výjimečných případech mohou být práva uvedená v odstavci 2 omezena zákonem, je-li to v zájmu pacienta.

KAPITOLA IV

Lidský genom

Článek 11

Žádná diskriminace

Jakákoli diskriminace kvůli genetické výbavě je u všech osob zakázána.

Článek 12

Testy k ověření podezření na genetické onemocnění.

Testy, jejichž pomocí lze zjistit, zda příslušná osoba je nositelem genu odpovědného za nemoc, nebo jejichž pomocí se má zjistit genetická predispozice k onemocnění, smějí být prováděny jedině s cílem péče o zdraví nebo k účelům vědeckého výzkumu zaměřeného na péči o zdraví a genetické poradenství.

Článek 13

Zásahy do lidského genomu

Zásah na lidském genomu smí být prováděn pouze z preventivních, diagnostických a terapeutických důvodů, a jen v tom případě, že jeho cílem nebude změna genomu dalších generací.

Článek 14

Selekce pohlaví

Použití technik lékařské asistované reprodukce za účelem volby pohlaví budoucího dítěte je zakázáno, s výjimkou případů, kdy má být zabráněno vážným dědičným onemocněním vyskytujícím se u určitého pohlaví.

KAPITOLA V

Vědecký výzkum

Článek 15

Všeobecné směrnice

Vědecký výzkum v oblasti biologie a medicíny může být prováděn bez omezení, pokud to je ve shodě s touto konvencí a ostatními právními ustanoveními zajišťujícími ochranu člověka.

Článek 16

Ochrana osob, na nichž se výzkum provádí

Výzkum na lidském jedinci smí být prováděn jedině tehdy, jsou-li dodrženy veškeré následující podmínky:

- I. jestliže neexistuje jiná, srovnatelně účinná alternativa než výzkum na lidech;**
- II. jestliže rizika, která mohou vzniknout jedinci, na němž je prováděn výzkum, nejsou v nepoměru k potenciálnímu prospěchu z tohoto výzkumu.**
- III. jestliže výzkumný projekt byl schválen příslušným orgánem, jeho vědecká hodnota včetně důležitosti cíle výzkumu byla ověřena nezávislou institucí a jeho etická přijatelnost posouzena odborníky z více disciplin;**
- IV. jestliže osoby, na nichž se bude výzkum provádět, byly informovány o svých právech a zárukách zákonně stanovených na jejich ochranu;**
- V. jestliže potřebný souhlas uvedený v článku 5, byl dán výslovně a s konečnou platností a jestliže je to doloženo příslušnou dokumentací. Tento souhlas však může být na základě svobodného rozhodnutí kdykoli odvolán.**

Článek 17

Ochrana osob nezpůsobilých dát souhlas k výzkumu

1. Výzkum na jedinci nezpůsobilém dát souhlas, jak je uvedeno v článku 5, smí být prováděn jedině tehdy, jsou-li splněny veškeré následující podmínky:

- I. jestliže jsou splněny podmínky uvedené v článku 16, pododstavec I a IV ;
- II. jestliže daná osoba může mít z výsledků výzkumu reálný a přímý pozitivní efekt na zdraví;
- III. Jestliže srovnatelně účinný výzkum nemůže být prováděn na osobách způsobilých dát k němu souhlas;
- IV. jestliže potřebné svolení uvedené v článku 6 bylo dáno výslovně a písemnou formou;
- V. jestliže příslušná osoba nemá proti realizaci výzkumu námitky.

2. Výjimečně a při dodržení zákonem předepsaných ochranných opatření, v případě, že by výsledky výzkumu neměly mít přímý a pozitivní efekt na zdraví dané osoby, smí se tento výzkum provádět v souladu s podmínkami uvedenými v odstavci 1, pododstavce I, III, IV a V a za následujících dodatečných podmínek;

- I. jestliže výzkum přispěje - v důsledku důkladnějšího vědeckého poznání celkového stavu dané osoby, jejího onemocnění nebo poruchy - svými konečnými výsledky k tomu, že pozitivně ovlivní zdravotní stav dané osoby nebo jiných osob stejné věkové kategorie nebo postižených stejnou chorobou či poruchou nebo těch, jež se nacházejí ve stejné životní situaci;
- II. jestliže s výzkumem je spojeno pouze minimální riziko a minimální zátěž pro danou osobu.

Článek 18

Výzkum embryí in vitro

- 1. Tam, kde je výzkum embryí in vitro povolen zákonem, musí být zajištěna přiměřená ochrana embrya.
- 2. Dávat vzniknout lidským embryím výhradně k účelům výzkumu je zakázáno.

KAPITOLA VI

Vynětí orgánů a tkání od živých dárců za účelem transplantace

Článek 19

Všeobecné směrnice

1. Vynětí orgánů a tkání za účelem transplantace ze živého člověka smí být prováděno výhradně s cílem terapeutického prospěchu pro příjemce, a jen tehdy, není-li možné získat potřebný orgán z osoby zemřelé a existuje-li žádná jiná terapeutická metoda, jež by měla srovnatelný účinek.

2. nezbytný souhlas dané osoby, jak je uvedeno v článku 5, se musí týkat výslovně příslušného zásahu a musí být vyjádřen písemnou formou nebo před oficiálním orgánem.

Článek 20

Ochrana osob nezpůsobilých vyjádřit souhlas s vynětím orgánu

1. Žádný orgán ani tkáň nesmějí být vyňaty osobě, která není způsobilá dát k tomu svůj souhlas podle článku 5.

2. Výjimečně a při dodržení zákonem předepsaných ochranných opatření smí být vynětí regenerujících tkání od osob nezpůsobilých dát svůj souhlas povoleno v případě, že budou dodrženy následující podmínky:

I. není k dispozici kompatibilní dárce způsobilý vyjádřit svůj souhlas;

II. příjemce je dárceův sourozenec;

III. musí být maximální pravděpodobnost, že dárceovstvím bude příjemci zachráněn život;

IV. svolení podle odstavců 2 a 3 článku 6 bylo dáno výhradně k příslušnému zásahu a písemnou formou v souladu se zákonem a schváleno kompetentním orgánem;

V. potenciální dárce nemá vůči provedení zásahu námitky.

KAPITOLA VII

Zákaz finančního prospěchu a nakládání s vyňatou částí lidského těla

Článek 21

Zákaz finančního prospěchu

Lidské tělo jako takové, ani jeho části se nesmějí stát předmětem finančního prospěchu.

Článek 22

Nakládání s vyňatou částí lidského těla

Jestliže je během lékařského zákroku vyňata některá část lidského těla, musí být uchována a smí být použita k jiným účelům, než pro který byla vyňata, jedině v tom případě, že to bude provedeno po příslušné informaci a se souhlasem dané osoby.

KAPITOLA VIII

Porušení ustanovení konvence

Článek 23

Porušení práv nebo zásad

Smluvní strany jsou povinny zajistit odpovídající soudní ochranu, aby bylo možno předcházet nebo neprodleně zamezit nezákonnému porušování práv či zásad uvedených v této konvenci.

Článek 24

Náhrada za nezaviněnou škodu

Osoba, která nezaviněně utrpěla škodu v důsledku lékařské intervence, je oprávněna obdržet spravedlivou náhradu podle zákonem stanovených podmínek a postupů.

Článek 25

Sankce

Smluvní strany musejí zajistit příslušné sankce, jichž bude použito při porušení ustanovení uvedených v této konvenci.

KAPITOLA IX

Vztah mezi touto konvencí a jinými ustanoveními

Článek 26

Restrikce při uplatňování práv

1. Při uplatňování práv a ochranných ustanovení obsažených v této konvenci nesmějí být prováděny žádné restrikce, kromě těch, jež jsou povoleny zákonem a jsou nezbytné v demokratické společnosti v zájmu veřejné bezpečnosti, předcházení zločinům, jakož i ochrany práv a svobod ostatních.

2. Restrikce uvedené v předchozím odstavci se netýkají článků 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20 a 21.

Článek 27

Širší ochrana

Žádné z ustanovení této konvence nesmí být interpretováno jako limitující nebo jako nepříznivě ovlivňující možnosti některé smluvní strany přijmout v souvislosti s aplikací biologie a medicíny ještě další ochranná opatření než ta, která jsou smluvně dohodnuta v této konvenci.

KAPITOLA X

Veřejná diskuse

Článek 28

Veřejná diskuse

Smluvní strany zařídí, aby základní otázky vyvstalé následkem pokroku v biologii a medicíně byly jako klíčové posuzovány v rámci veřejné diskuse, a to zejména z lékařského, sociálního, ekonomického, etického a právního aspektu, a aby každá aplikace biologie a medicíny se stala předmětem odpovídající konzultace.

KAPITOLA XI

Interpretace a další sledování konvence

Článek 29

Interpretace konvence

Evropský soud pro lidská práva může, bez přímého poukazování na specifická soudní řízení, dávat svá dobrozdání k právním otázkám týkajícím se interpretace této konvence na žádost

Vlády některé smluvní strany, poté co byly informovány ostatní smluvní strany;
Členů výboru uvedeného v článku 32, kteří zastupují smluvní strany v této konvenci na základě rozhodnutí přijatého dvoutřetinovou většinou hlasů.

Článek 30

Zpráva o používání konvence

Na žádost generálního sekretáře Rady Evropy je každá smluvní strana povinna sdělit, jak bude - v souladu s její interní jurisdikcí - zajištěno účinné provádění jednotlivých ustanovení této konvence.

KAPITOLA XII

Protokoly

Článek 31

Protokoly

Protokoly se sepisují podle článku 32 s cílem dále rozvíjet principy obsažené v této konvenci, týkající se specifických okolností.

Protokoly musejí být k dispozici signatářům konvence k podpisu. Musejí být ratifikovány, přijaty a schváleny. Signatář nemůže ratifikovat nebo přijmout a schválit protokoly, aniž před tím nebo současně ratifikoval, přijal a schválil konvenci.

KAPITOLA XIII

Pozměňovací návrhy konvence

Článek 32

Pozměňovací návrhy konvence

1. Povinnosti uložené výboru v tomto článku a v článku 29 bude ratifikovat Řídící výbor pro bioetiku (CDBI), nebo jiný výbor, určený výborem ministrů.
2. Bez prejudice k specifickým stanovením článku 29 může být každý členský stát Rady Evropy, rovněž jako každá smluvní strana této konvence, která není členem, zastoupena a mít jeden hlas ve výboru, když plní povinnosti uložené mu konvencí.
3. Každý stát zmiňovaný v článku 33 nebo vyzvaný, aby se v souhlasu s článkem 34 připojil ke konvenci, který však není smluvní stranou konvence, může být ve výboru zastoupen pozorovatelem; jestliže Evropské společenství není smluvní stranou, může

být ve výboru zastoupeno pozorovatelem.

4. V souvislosti s průběžným sledováním rozvoje a využití vědy bude výbor tuto konvenci revidovat nejpozději za pět let od doby, kdy vstoupí v platnost a poté v intervalech, které sám stanoví.

5. Každý pozměňovací návrh této konvence, rovněž jako každý pozměňovací návrh protokolů předložených některou smluvní stranou, výborem, nebo výborem ministrů bude odevzdán generálnímu sekretáři Rady Evropy, jenž jej postoupí členským státům Rady Evropy a Evropského společenství, všem signatářům, všem smluvním stranám a všem státům vyzvaným k podepsání této konvence v souladu s ustanovením článku 33 a každému státu vyzvanému k připojení se k ní v souladu s ustanovením článku 34.

6. Výbor prozkoumá předložený pozměňovací návrh do dvou měsíců od doby, kdy mu byl předán generálním sekretářem v souladu s odstavcem 5. Výbor předloží text přijatý dvoutřetinovou většinou hlasů ke schválení výboru ministrů. Po schválení bude tento text postoupen smluvním stranám k ratifikaci, přijetí a schválení.

7. Každý pozměňovací návrh vstoupí v platnost - pokud jde o smluvní strany, které ho přijaly - prvního dne měsíce následujícího po vypršení jednoměsíční lhůty od data, kdy pět smluvních stran, včetně nejméně čtyř členských států Rady Evropy, informovalo generálního sekretáře, že návrh přijaly.

Přijme-li některá smluvní strana pozměňovací návrh později, vstoupí tento návrh v platnost prvního dne měsíce následujícího po vypršení jednoměsíční lhůty od data, kdy dotyčná smluvní strana informovala generálního sekretáře o přijetí návrhu.

KAPITOLA XIV

Závěrečná ustanovení

Článek 33

Podpis, ratifikace a nabytí platnosti

1. Tato konvence musí být k dispozici členským státům Rady Evropy, státům, které sice nejsou členy Rady Evropy, ale podílely se na vypracování konvence, a Evropskému společenství.

2. Tato konvence musí být ratifikována či přijata a schválena. Ratifikační listiny,

jakož i dokumenty o přijetí a schválení budou uloženy u generálního sekretáře Rady Evropy.

3. Tato konvence vstoupí v platnost prvního dne měsíce následujícího po vypršení tříměsíční lhůty od data, kdy pět států, včetně nejméně čtyř členských států Rady Evropy, vyjádří svůj souhlas s konvencí podle ustanovení uvedených v odstavci 2 tohoto článku.

4. Pro každého signatáře, jenž vyjádří svůj souhlas s konvencí později, nabude tato konvence platnost prvního dne měsíce následujícího po vypršení tříměsíční lhůty od data, kdy byly uloženy jeho ratifikační listiny a dokumenty o přijetí a schválení.

Článek 34

Nečlenské státy

1. Jakmile vstoupí konvence v platnost, může výbor ministrů, po konzultaci se smluvními stranami, vyzvat kterýkoli stát, jež není členem Rady Evropy, rozhodnutím přijatým většinou, jak je uvedeno v článku 20, pododstavec d) statutu Rady Evropy, a po jednomyslném schválení představitelů smluvních stran oprávněných zastupovat výbor ministrů, aby se k této konvenci připojil.

2. Pro každý stát přistupující ke konvenci vstupuje tato konvence v platnost prvního dne měsíce následujícího po vypršení tříměsíční lhůty od data, kdy byly jeho dokumenty o připojení se ke konvenci uloženy u generálního sekretáře Rady Evropy

Článek 35

Teritoria

1. Každý signatář je povinen při podpisu konvence nebo při ukládání ratifikačních listin či dokumentů o přijetí nebo schválení specifikovat teritorium nebo teritoria, kde bude tato konvence platit. Každý jiný stát učinit stejné prohlášení při ukládání listin o připojení se ke konvenci.

2. Každá smluvní strana může kdykoli později rozšířit prohlášením adresovaným generálnímu sekretáři Rady Evropy platnost této konvence na kterékoli jiné teritorium, jež je specifikováno v prohlášení a za jehož mezinárodní vztahy odpovídá nebo v jehož zastoupení je oprávněna přijímat závazky. Na tomto teritoriu vstupuje konvence v platnost prvního dne měsíce následujícího po vypršení tříměsíční lhůty od data, kdy zmíněné prohlášení obdržel generální sekretář.

3. Každé prohlášení uvedené v některém z předchozích dvou odstavců a týkající se kteréhokoli teritoria specifikovaného v takové prohlášení, může být vzato zpět sdělením adresovaným generálnímu sekretáři. Odvolání prohlášení nabývá účinnosti prvního

dne měsíce následujícího po vypršení tříměsíční lhůty od data, kdy sdělení obdržel generální sekretář.

Článek 36

Výhrady

1. Každý stát a Evropské společenství mohou při podpisu konvence nebo při ukládání ratifikačních listin učinit výhradu ke kterémukoli ustanovení konvence, jestliže některý zákon v té době platný na jeho teritoriu je s dotčným ustanovením v rozporu. Výhrady obecného charakteru nejsou podle tohoto článku přípustné.
2. Každá výhrada učiněná podle tohoto článku musí obsahovat stručné sdělení o dotčném zákonu.
3. Každá smluvní strana, která rozšíří platnost této konvence na teritorium zmíněné v prohlášení podle článku 35, odstavec 2, může za toto teritorium učinit výhradu v souladu s ustanovením předchozích odstavců.
4. Každá smluvní strana, jež učinila výhradu, zmíněnou v tomto článku ji může vzít zpět sdělením adresovaným generálnímu sekretáři Rady Evropy. Odvolání nabývá účinnost prvního dne měsíce následujícího po vypršení jednoměsíční lhůty od data, kdy sdělení obdržel generální sekretář.

Článek 37

Vypovězení konvence

1. Každá smluvní strana může tuto konvenci kdykoli vypovědět tím, že o tom písemně uvědomí generálního sekretáře Rady Evropy.
2. Vypovězení konvence nabývá platnosti prvního dne měsíce následujícího po vypršení tříměsíční lhůty od data, kdy o vypovězení byl uvědomen generální sekretář.

Článek 38

Informace

Generální sekretář Rady Evropy je povinen informovat členské státy rady, Evropské společenství, každého signatáře, každou smluvní stranu a každý jiný stát, vyzvaný k připojení se ke konvenci o:

- a) každém podpisu;
- b) uložení každé ratifikační listiny nebo dokumentu o přijetí, schválení či

připojení se ke konvenci;

c) každém datu, kdy tato konvence nabývá platnosti v souladu s článkem 33 a 34;

d) každém pozměňovacím návrhu přijatém v souladu s článkem 32 a datu, kdy tento pozměňovací návrh nabyl platnosti;

e) každém prohlášení učiněném podle ustanovení článku 35;

f) každé výhradě učiněné nebo vzaté zpět podle ustanovení článku 36;

g) jakémkoli jiném aktu, sdělení nebo zprávě týkající se této konvence.

Na důkaz souhlasu s uvedeným textem my, níže podepsaní, jsouce k tomu řádně oprávněni, podepisujeme tuto konvenci.

Korejská deklarace o hospicové a paliativní péči

Březen 2005

V čem je problém

Ve světě ročně zemře více než 52 miliónů lidí, dospělých, dětí a mládeže. Přibližně jeden z deseti umírá na zhoubný nádor. Více než 40 miliónů lidí, včetně více než 29 miliónů Afričanů, je nakaženo virem HIV/AIDS a žije s touto nemocí. Také vzrůstá počet těch, kteří žijí s chronickou nemocí a v podmínkách ohrožujících život. Všichni tito lidé budou ve svůj čas potřebovat hospicovou a paliativní péči. Je nezbytné, aby všechny vlády podporovaly a financovaly plány na podporu a rozvoj prevence, léčby a paliativní péče.

Z pacientů, kteří mají nádorové onemocnění, trpí 70 % bolestí a 70 – 90 % pacientů v pokročilém stádiu AIDS trpí neléčenou bolestí. V rozvojových zemích je většina zhoubných nádorů diagnostikována až ve stádiu, které už není vyléčitelné. Kvůli stigma, které provází nemoc HIV/AIDS, mnoho takto nemocných lidí nevyužívá možnosti léčby ani podporované léčebné programy (pokud jsou vůbec k dispozici), dokud se nedostanou do konečného stádia nemoci. Omezený příjem léčby a její špatná dostupnost má rovněž za následek brzký nástup pokročilých stádií nemocí a následnou nemožnost vyléčení. Takový rozsah lidského utrpení naprosto není nutný, a proto se nedá akceptovat.

Přístup k odborné hospicové a paliativní péči prezentované vzdělanými profesionály, komunitními dobrovolníky a poskytovateli péče (sociálními pracovníky, pečovateli apod.) pomocí běžných zdravotních infrastruktur je celosvětový problém. Přístup k dobré léčbě bolesti je také globální problém.

Co už víme

Byl učiněn zásadní pokrok v léčbě bolesti a symptomů u lidí s pokročilými nevléčitelnými nemocemi. Velké pokroky jsme také zaznamenali v porozumění psychologickým, sociálním a duchovním aspektům umírání a smrti. Profesionální zdravotníci, rodinní příslušníci, dobrovolníci a ostatní dynamicky partnersky spolupracují, aby ulevili

nemocným v bolesti a utrpení. Hospicová a paliativní péče podporuje rodiny v čase umírání i v období zármutku.

Hospicová a paliativní péče uspokojuje psychické, duchovní a psychologické potřeby umírajících v každém prostředí. Hospicová a paliativní péče stojí rovněž na mezioborové spolupráci interdisciplinárních týmů, která zahrnuje lékařské, ošetrovatelské, sociálně-pracovní, psychologické, pastorální, fyzioterapeutické profese a příbuzné obory.

Na čem se shodujeme

Vlády jsou povinny:

- začlenit hospicovou a paliativní péči do vládních systémů zdravotní politiky, jak doporučuje Světová zdravotnická organizace WHO
- zahrnout přístup k hospicové a paliativní péči mezi lidská práva
- vytvořit finanční zdroje pro hospicové a paliativní programy
- nastolit jasnou, informovanou a samostatnou politiku a funkční plány na realizaci této politiky
- zahrnout hospicovou a paliativní péči do jednotlivých národních programů léčby nádorových onemocnění
- zahrnout hospicovou a paliativní péči do managementu léčby progresivních život ohrožujících nemocí
- zahrnout hospicovou a paliativní péči do jednotlivých národních strategií nemoci AIDS
- integrovat hospicovou a paliativní péči a výcvik do pregraduálních a postgraduálních curicul lékařství, ošetrovatelství, výzkumu a dalších oborů
- poskytovat výcvik, podporu a supervize dobrovolným spolupracovníkům a pečovatelům
- umožnit dostupnost nezbytných léků včetně morfia i pro ty nejchudší
- umožnit dostupnost a dosažitelnost perorálních opioidních analgetik pacientům s nemocí s infaustní prognózou
- identifikovat a odstraňovat v zákonech a zákonných úpravách překážky, které brání užití opioidních analgetik jako je morfin
- zajistit systematické vyhodnocování potřeb hospicové a paliativní péče, které bude předcházet ustanovení těchto služeb na místní regionální a/nebo národní úrovni, pokud bude vyhodnocení kladné

zpřístupnit bezvýjimečně všem hospicovou a paliativní péči a lépe ji integrovat do zdravotního systému

ze všech sil se snažit, aby hospicová a paliativní péče byla dostupná všem cizincům v místě, které si vybrali, včetně nemocnic akutní péče, zdravotnických zařízení pro dlouhodobý pobyt (pečovatelské domy, léčebny dlouhodobě nemocných) a obytných hospiců.

Každá lidská bytost má právo na úlevu od bolesti. Existují přiměřeně dostupné a účinné metody k tišení bolesti a většiny dalších symptomů. Jejich cena nesmí být překážkou jejich dostupnosti.

Hospicová a paliativní péče musí být poskytována na základě principu rovnosti pacientů bez ohledu na věk, rasu, pohlaví, sexuální orientaci, etnikum, víru, společenské postavení, národnost a schopnost za služby platit. Paliativní péče musí být dostupná celé populaci včetně zranitelných skupin, jako jsou vězni, prostitutky a uživatelé drog.

Zkušenost získaná v hospicové a paliativní praxi při péči o nemocné se zhoubnými nádory může být využita rovněž při péči o lidi s jinými chronickými nevyлéčitenými nemocemi po celém světě.

Rodiny a ostatní neformální poskytovatelé péče jsou základními spolupracovníky při poskytování účinné hospicové a paliativní péče. Tato jejich role má být uznána a posilována vládní politikou.

Národní organizace hospicové a paliativní péče hrají klíčovou roli v rozvoji a hájení dobré zdravotní politiky v jednotlivých zemích. Vlády a tyto organizace (NGO) musejí spolupracovat, aby rozvoj programů a služeb na podporu hospicové a paliativní péče postupoval rychle dobrým směrem.

Příloha č. 9 Konvence o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikace medicíny a biologie, dodatkový protokol o zákazu klonování lidských bytostí

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny

Dodatkový protokol o zákazu klonování lidských bytostí

Co pro nás znamená ratifikace Úmluvy Rady Evropy o lidských právech a biomedicíně? Radikální pokrok v biologických a lékařských vědách v souvislosti s uplatněním výsledků výzkumu na člověku, zejména ve vztahu k výzkumu lidského genomu, vyvolává obavy, které plynou z rozporuplné povahy některých poznatků, v poslední době zejména rozklíčování lidského genomu, a jejich nepředvídatelných důsledků pro lidstvo. I když jsou cíle vědců a lékařů, kteří se zabývají výzkumem a jeho aplikací v oblasti medicíny, ušlechtilé, existuje reálná možnost jejich zneužití pro jiné účely. Proto je nezbytné legislativně a na mezinárodní úrovni zajistit, aby výsledky vědy nemohly být zneužívány proti člověku, a aby byl člověk chráněn před nechtěnými a nepřiměřenými zásahy do jeho integrity a identity.

V souvislosti s vývojem vědy, který nezná hranice, vyvstala eminentní potřeba sjednotit dosavadní normy a náhledy v oblasti ochrany základních práv člověka a jeho identity na mezinárodní úrovni. I když navazuje na řadu rezolucí a deklarácí přijatých zejména z iniciativy OSN, UNESCO a WHO a EU a RE je prvním právně závazným mezinárodním nástrojem, který reaguje na současný vývoj a možnosti v oblasti biologie a medicíny. Cílem Úmluvy je zaručit každému člověku nedotknutelnost jeho práv a základních svobod a zajistit mu důstojnost a svébytnost, aniž by tím byl znemožněn další pokrok ve vědě a výzkumu. Vyjadřuje však současně potřebu využívat tohoto pokroku výhradně ku prospěchu člověka, a to jak současných tak budoucích generací.

Zásady a obecná pravidla obsažená v Úmluvě se netýkají pouze jednotlivců, ale i prospěchu společnosti a lidstva jako celku. Jedna z hlavních zásad je, že ochrana zájmů a blaha jednotlivce jsou považovány za nadřazené zájmům společnosti i zájmům vědeckého pokroku jako takového.

Úmluva o lidských právech a Biomedicíně byla otevřena k podpisu dne 4. dubna 1997 ve španělském Oviedu, dne 1. prosince 1999 vstoupila v platnost a Do dne 30. května 2000 podepsalo Úmluvu 29 států. Aby Česká republika nezůstala stranou tohoto úsilí, Česká republika ji podepsala dne 24. června 1998 a vláda ČR uložila ministerstvu zdravotnictví usnesením č. 403 ze dne 10. června 1998 předložit Úmluvu Parlamentu České republiky k vyslovení souhlasu.

Ratifikace Úmluvy má pro Českou republiku navíc specifický význam. Minulý režim naši společnost izoloval od vývoje medicínského práva, který probíhal v demokratických zemích zejména v poválečném období, která byla v západních zemích érou obnovy úcty k člověku a uvědomění si základního civilizačního významu nezbytnosti ochrany lidských práv.

Zejména v posledních dvaceti letech se tzv. občanská společnost orientovala na posílení postavení pacienta s ohledem na rostoucí převahu profesionálů. Ta spočívá nejen v dnešních ohromných možnostech medicíny, ale také v rostoucí informační převaze profesionálů. Snaha o ochranu základních práv pacientů akcelerovala v posledních letech v důsledku bouřlivého vývoje nových technologií a vědeckého poznání v oblasti biomedicínských věd a zaměřila se i směrem ochrany soukromí a ochrany dat shromažďovaných o každém, jejich uchovávání a automatickým zpracování v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Ve všech bodech Úmluvy je respektována svébytnost člověka a ochrana jeho soukromí.

Ústřední místo v Úmluvě zaujímá právo na sebeurčení každého jednotlivce a ochrana prospěchu každého jednotlivce, který má přednost před zájmy výzkumu a komerčním využitím. Právo každého jednotlivce na sebeurčení je vyjádřeno i v zásadě, že musí být respektována dříve vyjádřená přání pacienta.

Provedení jakéhokoli zákroku je podmíněno souhlasem pacienta, který musí být předem řádně a srozumitelně informován o podstatě zákroku, jeho důsledcích a rizicích. Tento souhlas může nahradit jedině souhlas zákonného zástupce nebo pověřené instituce.

Úmluva definuje podmínky provedení zákroků v různých problematických situacích, kdy pacient není právně způsobilý nebo není schopen z jiného důvodu učinit sám za sebe svobodné, odpovědné rozhodnutí. Proto jsou věnována speciální ustanovení ochrany nezletilých a duševně nemocných, stavu nouze, který vyžaduje neodkladná řešení.

Pro občana má Úmluva přímý přínos v tom, že náš právní řád bude obohacen o zcela novou, ale podstatnou normu, která obsahuje právo každého znát veškeré informace

shromažďované o jeho zdravotním stavu, včetně obsahu lékařské dokumentace. Úmluva zároveň obsahuje i právo nebyť takto informován pokud pacient dá najevo, že si o všem vědět nepřeje.

Obecně lze říci, že Úmluva konkretizuje některé obecné zásady obsažené v Evropské úmluvě na ochranu lidských práv a základních svobod pro oblast poskytování zdravotní péče a biomedicínského výzkumu a jeho využití: právo každého jednotlivce rozhodovat o vlastním osudu a těle a právo na ochranu soukromí a integrity.

Stěžejní normu představuje stále z. č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu a některé podzákoné normy, která již dávno neodpovídá potřebám současnosti. Deformované pojetí lidských práv v komunistickém režimu se nevyhnulo ani právním vztahům v oblasti zdravotní péče. Dnešní lidé jsou emancipovanější a chtějí sami o sobě rozhodovat. Většina lékařů jedná jistě v souladu s původní etikou lékařského povolání a dodržuje automaticky principy, které jsou zakotveny v Úmluvě. Naopak přístup jiných lékařů a zdravotnických pracovníků při jednání s pacienty dodnes nese v sobě tendence z doby totality povýšené jednání s pacienty a jejich rodinami. Někteří lékaři mají stále tendenci nebavit se s pacientem a rozhodovat bez jeho vědomí. Neúcta k nezadatelným právům každého jednotlivce v době komunismu se dovolovala rozhodovat bez souhlasu pacienta i medicínského výzkumu, klinického testování nových léčiv, v zacházení s odebranými orgány a tkáněmi ať už pro transplantace nebo jiné účely. Neúcta se projevovala i v zacházení s duševně postiženými, nemocnými a nezletilými. Vzhledem k době svého vzniku, obsahuje dodnes některá ustanovení, na jejichž absurditu právem poukazují zejména sdružení na ochranu pacientů, i Český helsinský výbor.

Přestože některé zásady, jako souhlas pacienta, jsou v našem právním řádu teoreticky zakotveny již mnoho let, není právo každého jednotlivce rozhodovat o svém osudu ještě chápáno jako zcela zásadní hodnota a předmět důsledné právní ochrany, jako je tomu ve vyspělých zemích s nepřerušenu liberální a demokratickou tradicí.

Úmluva a Protokol je mezinárodní smlouva upravující lidská práva, a budou tedy po své ratifikaci a vyhlášení ve Sbírce zákonů bezprostředně závazná a budou mít přednost před platnými zákony. Právě v tom spočívá velký význam ratifikace této Úmluvy pro občany České republiky. Naopak řada ustanovení je buď programového charakteru nebo podle své povahy vyžaduje ke svému naplnění podrobnější legislativní úpravy. Postupné naplnění tohoto závazku signatářských států předpokládá i článek 1 Úmluvy, který ukládá stranám Úmluvy, aby do svého právního řádu, pokud tomu tak ještě není, přijaly

opatření nezbytná pro zajištění účinnosti ustanovení této Úmluvy." O tom jak signatářské státy respektují zásady a naplňují cíle Úmluvy referují ve zprávách Generálnímu tajemníkovi Rady Evropy.

Podle Úmluvy má každý stát směřovat k tomu, aby zajistil všem spravedlivý přístup ke zdravotní péči patřičné kvality. Znamená to tolik, že jakýkoli zákrok musí být proveden "lege artis", tedy v souladu se zákonem a s profesními standardy. Aplikované metody musí být v souladu se současným vývojem poznání při respektování zásady přiměřenosti mezi cílem a použitými prostředky.

Jedna kapitola Úmluvy se věnuje omezení manipulace s lidským genomem a stanoví podmínky, za kterých je v zájmu jednotlivce možno použít prokázaných výsledků pokroku v biologii a medicíně pro prediktivní genetická vyšetření a pro diagnostiku. Zakazuje se však použití genetických vyšetření pro jiné účely než týkající se zdraví z obavy, že by záměrné změny lidského genomu mohly vést k umělému vytváření jednotlivců či skupin s určitými vlastnostmi. Úmluva zakazuje zásahy do lidského genomu, pokud nejde o přímou souvislost s nemocí. Není dovoleno použití postupů lékařsky asistované reprodukce za účelem volby budoucího pohlaví dítěte, ledaže tak lze předejít vážné dědičné nemoci vázané na pohlaví.

Vědecký výzkum na člověku je odstupňovaně usměrňován podmínkami vycházejícími z respektování základních lidských práv. Výzkum na člověku lze provádět pouze tehdy, když neexistuje žádná alternativa srovnatelného účinku s výzkumem na člověku, riziko nesmí být neúměrně vysoké vzhledem k možnému prospěchu z výzkumu. Každý výzkumný projekt musí být nezávisle posouzen, co se týče jeho vědeckého přínosu včetně zhodnocení významu, cíle výzkumu a multidisciplinárního posouzení jeho etické přijatelnosti a schválení příslušným orgánem.

Vytváření lidských embryí pro výzkumné účely je zakázáno. Výzkum na plodech in vitro tam, kde je to dovoleno, musí být doprovázen zákonem, který obsahuje adekvátní právní ochranu embrya.

V Úmluvě je vyjádřen princip, že lidské tělo a jeho části nesmí být zdrojem finančního prospěchu. Úmluva předpokládá, že v zákonech jednotlivých států budou stanovena pravidla pro užití odebraných orgánů a tkání k transplantačním i jiným účelům. Každý odběr vyžaduje v principu informovaný souhlas dárce. Úmluva se zde omezuje na úpravu garance informovaného souhlasu a ochranu práv žijících dárců.

Některé zásady, obsažené v této Úmluvě, jsou dále rozpracovávány v dodatkových

protokolech k Úmluvě: Dodatkový protokol o zákazu klonování lidských bytostí; který je předkládán k ratifikaci současně s Úmluvou.

Dodatkový protokol o transplantacích orgánů a tkání lidského původu; o xenotransplantacích; o ochraně lidského embrya a plodu; o biotechnologiích; o lidské genetice a j.

Dodatkový protokol o zákazu klonování lidských bytostí k Úmluvě Rady Evropa o lidských právech a biomedicíně (dále jen "Protokol") byl otevřen k podpisu všem signatářům Úmluvy v Paříži dne 12. ledna 1998. Do dne 30. května 2000 podepsalo Protokol 29 států: Do uvedeného data Protokol ratifikovaly 4 státy: Řecko, Slovenská republika, Slovinsko a Španělsko. Protokol podléhá ratifikaci, přijetí nebo schválení. Do dne 30. května 2000 Protokol nevstoupil v platnost.

Protokol rozvádí články 1, 13 a 18 Úmluvy, které se týkají ochrany před zásahy směřujícími ke změně lidského genomu a zákazu vytváření lidských plodů pro výzkumné účely. Tyto absolutní zákazy mají chránit lidskou identitu a nahodilý charakter přirozeně se vyskytujících genetických rekombinací, které zajišťují jedinečnost každé lidské bytosti.

Členské státy Rady Evropy spolu s dalšími státy reagují tímto opatřením na úspěšné pokusy v klonování savců, zvláště použitím metod štěpení embrya nebo přenosem genů buněčného jádra. Důvodem je obava, aby vědecký pokrok v této oblasti nebyl zneužit i ke klonování lidských bytostí. Záměrné klonování člověka představuje ohrožení lidské svébytnosti, neboť by mohlo vyústit ve vzdání se nepostradatelné ochrany před předurčením lidské genotypové sestavy záměrným zásahem. Další etické odůvodnění zákazu klonování lidí je založeno především na lidské důstojnosti, která je též ohrožena zásahy ve formě umělého klonování lidí. Tento Protokol nezaujímá specifický postoj k přípustnosti klonování buněk a tkání pro výzkumné účely, jejichž výsledkem je lékařské využití. Stanoví však jasnou bariéru proti jakémukoli pokusu uměle vytvořit geneticky shodné jedince lidského druhu. Cílem Protokolu však není zákaz klonovací techniky v buněčné biologii.

Právě skutečnost, že nebyly zapracovány obecně mezinárodně uznávané zásady ochrany lidských práv, byla důvodem zamítnutí návrhu zákona o poskytování zdravotní péče v roce 1998 v prvním čtení. Parlament České republiky požádal ve svém usnesení č. 662 z 20. schůze dne 13. února 1998 vládu České republiky, aby napříště při zpracování zákona o zdravotní péči sladila jeho znění s Úmluvou, a dal tím najevo odhodlání dosáhnout

mezinárodního standardu ochrany lidských práv i v naší legislativě. Od té doby byly v souladu s usnesením schváleny dva důležité zákony: zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, a novelizace zákona o léčivech 79/1997 Sb, které zapracovávají nejdůležitější zásady ochrany lidských práv v oblasti klinického výzkumu.

V průběhu přípravných prací na předložení návrhu Úmluvy a Protokolu k ratifikaci zazněl i návrh na odložení termínu předložení Úmluvy a Protokolu do doby předložení zákona o zdravotní péči a dalších legislativních kroků připravovaných v této oblasti s odůvodněním, že by ratifikace uvedených dokumentů před přijetím příslušné zákonné úpravy znamenala zavedení závazků vyplývajících z Úmluvy a Protokolu do právního řádu České republiky, aniž by byly zcela v souladu s požadavky Úmluvy. Předkladatel se domnívá, že z hlediska nutnosti implementovat mezinárodně uznávané principy a dosáhnout brzy stupně ochrany lidských práv zemí Evropské unie, je účelnější nevázat platnost Úmluvy a Protokolu na předložení návrhu zákona o zdravotní péči.

Již v duchu zásad Úmluvy byl koncipován Zákon o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, který byl v tomto roce schválen Parlamentem a vydán pod č.123/2000 Sb. Zásady Úmluvy se do naší legislativy dostávají rovněž implementací směrnic Evropské unie, například směrnicí Rady č. 97/43/Euroatom o ochraně zdraví jednotlivců před ionizujícím zářením, v níž je zakotvena zásady ochrany před nadbytečným vystavováním radiacnímu záření při poskytování zdravotní péče. Z hlediska nutnosti dosažení srovnatelného standardu se zeměmi Evropské unie v základních oblastech medicínského práva, ministr nehodlá vázat ratifikaci Úmluvy a Protokolu na předložení připravovaného vládního návrhu zákona o zdravotní péči.

Úmluva a Protokol jsou mezinárodní smlouvy upravující lidská práva. Podle čl.10 ústavního zákona č. 1/1993 Sb., Ústavy České republiky, budou tedy po své ratifikaci a vyhlášení ve Sbírce zákonů bezprostředně závazné a budou mít přednost před platnými zákony. Skutečnost, že Úmluva bude přijata podle článku 10 Ústavy, umožní, aby se občané mohli dovolávat svých práv přímo na základě ustanovení těchto Úmluvy, samozřejmě pokud jsou tato ustanovení jasná, přesná a úplná, a zakládají subjektivní právo jednotlivce, aniž by vyžadovaly prováděcí úpravy. To se týká zejména práva občanů na ochranu integrity, soukromí a práva na informace o svém zdravotním stavu obsažená v lékařské dokumentaci.

Ratifikace Úmluvy a Protokolu může tedy být mocným stimulem, aby byly do všech připravovaných zákonů v oblasti zdravotní péče skutečně zapracovány zásady, které jsou obecně respektovány ve vyspělých zemích.

ETICKÝ KODEX ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

Obecné zásady

§ 1

(1) Stavovskou povinností lékaře je **péče o zdraví jednotlivce i celé společnosti v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu od jeho počátku až do jeho konce** a se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince.

(2) Úkolem lékaře je **chránit zdraví a život, mírnit utrpení** a to bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní pocity lékaře.

(3) Lékař **má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon povolání a tyto dodržovat**. S vědomím osobního rizika se nemusí cítit být jimi vázán, pokud svým obsahem nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku či ohrožují základní lidská práva.

(4) Lékař je **povinen být za všech okolností ve svých profesionálních rozhodnutích nezávislý a odpovědný**.

(5) Lékař uznává **právo každého člověka na svobodnou volbu lékaře**.

Lékař a výkon povolání

§ 2

(1) Lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence **svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a které pro nemocného považuje za nejvýhodnější**. Přitom je **povinen respektovat v co největší možné míře vůli nemocného** (nebo jeho zákonného zástupce).

2) Každý lékař je povinen v **případech ohrožení života a bezprostředního vážného ohrožení zdraví neodkladně poskytnout lékařskou pomoc**.

(3) Lékař **musí plnit své povinnosti v situacích veřejného ohrožení a při katastrofách** přírodní nebo jiné povahy.

(4) Lékař **má právo odmítnout péči o nemocného z odborných důvodů nebo je-li pracovním přetížen, nebo je-li přesvědčen, že se nevytvořil potřebný vztah důvěry mezi ním a pacientem**. Je však povinen **doporučit, a v případě souhlasu zajistit vhodný postup** v pokračování léčby.

- (5) Lékař nemůže být donucen k takovému lékařskému výkonu nebo spoluúčasti na něm, který odporuje jeho svědomí.
- (6) Lékař nesmí předepisovat léky, na něž vzniká závislost nebo které vykazují účinky dopingového typu, k jiným než léčebným účelům.
- (7) Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu.
Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.
- (8) U transplantací se lékař řídí příslušnými předpisy. Odběru tkání a orgánů nesmí být zneužito ke komerčním účelům.
- (9) Lékař je v zájmu pacienta povinen důsledně zachovávat lékařské tajemství, s výjimkou případů, kdy je této povinnosti souhlasem pacienta zbaven, nebo když je to stanoveno zákonem.
- (10) Lékař, který vykonává své povolání, je povinen odborně se vzdělávat.
- (11) Lékař je povinen při výkonu povolání vést a uchovávat řádnou dokumentaci písemnou nebo jinou formou. Ve všech případech je nutná přiměřená ochrana znemožňující změnu, zničení nebo zneužití.
- (12) Lékař nesmí své povolání vykonávat formou potulné praxe.
- (13) Lékař nesmí sám nebo po dohodě s jinými ordinovat neúčelné léčebné, diagnostické a jiné úkony ze ziskových motivů. V rámci své pravomoci nesmí poskytovat odborně neodpovídající vyjádření, z nichž by plynuly občanům neoprávněné výhody.
- (14) Pokud lékař doporučuje ve své léčebné praxi léky, léčebné prostředky a zdravotní pomůcky, nesmí se řídit komerčními hledisky, ale výhradně svým svědomím a prospěchem pacienta.
- (15) Lékař se podle svého uvážení účastní na prezentaci a diskusi medicínských témat na veřejnosti, v tisku, v televizi, rozhlasu, musí se však vzdát individuálně cílených lékařských rad a doporučení ve svůj soukromý prospěch.
- (16) Lékař se musí zdržet všech nedůstojných aktivit, které přímo nebo nepřímo znamenají propagaci nebo reklamu jeho osoby a lékařské praxe a ve svých důsledcích jsou agitační činností, cílenou na rozšíření klientely. Nesmí rovněž tyto aktivity iniciovat prostřednictvím druhých osob.
- (17) Nový způsob léčení je možné použít u nemocného až po dostatečných biologických zkouškách, za podmínek dodržení Helsinské konvence a Norimberského kodexu, pod přísným dohledem a pouze tehdy, pokud pacienta nepoškozuje.

(18) Lékař si má být vědom své občanské úlohy i vlivu na okolí.

Lékař a nemocný

§ 3

(1) Lékař plní vůči každému nemocnému své profesionální povinnosti. Vždy **včas a důsledně zajistí náležitá léčebná opatření, která zdravotní stav nemocného vyžaduje.**

(2) Lékař se k nemocnému chová **korektně, s pochopením a trpělivostí a nesníží se k hrubému nebo nemravnému jednání.** Bere ohled na práva nemocného.

(3) Lékař se má vzdát **paternalitních pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera** se všemi občanskými právy i povinnostmi, včetně **zodpovědnosti za své zdraví.**

(4) Lékař je **povinen pro nemocného srozumitelným způsobem odpovědně informovat jeho nebo jeho zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení mohou nastat.**

(5) **Zadržení informací o nepříznivé diagnóze nebo prognóze je možné individuálně v zájmu nemocného dle úvahy a svědomí lékaře.** V těchto případech **by měl lékař, pokud nemocný neurčil jinak, informovat rodinné příslušníky pacienta nebo osoby jemu blízké.**

(6) Lékař **nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem.**

Vztahy mezi lékaři

§ 4

(1) Základem vztahů mezi lékaři je **vzájemně čestné, slušné a společensky korektní chování spolu s kritickou náročností, respektováním kompetence a přiznáním práva na odlišný názor.**

(2) Lékař v zájmu své stavovské cti i s ohledem na pověst lékařské profese **nesmí podceňovat a znevažovat profesionální dovednosti, znalosti i poskytované služby jiných lékařů, natož používat ponižujících výrazů o jejich osobách, komentovat nevhodným způsobem činnost ostatních lékařů v přítomnosti nemocných a nelékařů.**

(3) Lékař **kolegiálně spolupracuje s těmi lékaři, kteří současně nebo následně vyšetřují či léčí stejného pacienta.** Předává-li z důvodných příčin nemocného jinému lékaři, musí mu odevzdat zjištěné nálezy a informovat ho o dosavadním průběhu léčby.

(4) Lékař je **povinen požádat dalšího nebo další lékaře o konzilium vždy, když si to vyžádají okolnosti a nemocný souhlasí. Je právem lékaře navrhnout osobu konzultanta.** Závěry konziliárního vyšetření mají být dokumentovány zásadně písemnou formou a je **povinností o nich informovat nemocného**, se zvláštním důrazem tehdy, pokud se názory lékařů liší, a je **právem lékaře vzdát se dalšího léčení, pokud se nemocný přikloní k jinému názoru konzultanta.**

(5) Lékař musí svou praxi **vykonávat zásadně osobně.** Zastupován může být jen **dočasně a to lékařem vedeným v seznamu České lékařské komory a splňujícím potřebné odborné předpoklady.**

Lékař a nelékař

§ 5

(1) Lékař spolupracuje se zdravotními pracovníky vyškolenými v různých specializovaných činnostech. Pověří-li je diagnostickými nebo léčebnými úkoly a dalšími procedurami, musí se přesvědčit zda, jsou odborně, zkušenostmi i zodpovědností způsobilí tyto úkony vykonávat.

(2) Lékaři **není dovoleno vyšetřovat nebo léčit s osobou, která není lékařem a nepatří k zdravotnímu personálu. Tyto osoby nesmějí být přítomny ani jako diváci při lékařských výkonech. Výjimkou z uvedených zásad jsou osoby, které se u lékaře vzdělávají, nebo pracují v lékařských oborech a dalších osob s jejichž přítomností pacient souhlasí, pokud není lékařsky zdůvodněných námitek.**

§ 6

Účinnost

Tento Etický kodex České lékařské komory nabývá účinnost dne 1. 1. 1996

Příloha č. 11 Hippokratova přísaha

Přísahám a volám Apollóna lékaře a Asképia a Hygieiu a Panakín a všechny bohy a bohyně za svědky, že budu tuto smlouvu a přísahu dle svých možností a dle svého svědomí dodržovat.

Toho, kdo mě naučil umění lékařskému, budu si vážit, jako svých rodičů a budu ho ze svého zajištění podporovat. Když se dostane do nouze, dám mu ze svého, stejně jako i jeho potomkům dám a budou stejní jako moji bratři. Pokud znalosti tohoto umění (lékařského) zatouží, budu je vyučovat zdarma a bez smlouvy. Seznámím své syny a syny svého učitele a všechny ustanovené a na lékařský mrav přísahající s předpisy, přednáškami a se všemi ostatními radami. Jinak však s nimi neseznámím nikoho dalšího.

Lékařské úkony budu konat v zájmu a ve prospěch nemocného, dle svých schopností a svého úsudku. Vystříhám se všeho, co by bylo ke škodě a co by nebylo správné.

Nepodám nikomu smrtící prostředek, ani kdyby mne o to kdokoli požádal a nikomu také nebudu radit (jak zemřít). Žádné ženě nedám prostředek k vyhnání plodu.

Svůj život uchovám v čistotě a bohobojnosti, stejně tak i své lékařské umění. Nebudu (lidské tělo) řezat, ani ty, co trpí kameny a tento zákrok přenechám mužům, kteří takovéto řemeslo provádějí.

Do všech domů, kam vstoupím budu vstupovat ve prospěch nemocného, zbaven každého vědomého bezpráví a každého zlého činu. Zvláště se vystříhám pohlavního zneužití žen i mužů, svobodných i otroků. Cokoli, co při léčbě i mimo svou praxi ve styku s lidmi uvidím a uslyším, co nesmí se sdělit, to zamlčím a uchovám v tajnosti.

Když tuto přísahu dodržím a neporuším, necht' ve svém životě i ve svém umění skromně dopředu postoupím. Tak získám si vážnost všech lidí po všechny ty časy. Když ale zákazy přestoupím a přísahu poruším, necht' stane se pravý opak.

Příloha č.12 Etický kodex pro zdravotní sestry

Etický kodex pro zdravotní sestry

Etická pravidla zdravotní péče

Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti.

Potřeba zdravotní péče je všeobecná. Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení.

Zdravotní sestra poskytuje péči jednotlivci, rodině a společnosti a spolupracuje v tom i s reprezentanty jiných oborů.

Zdravotní sestra a spoluobčan

Zdravotní sestra má v první řadě zodpovědnost za občany, kteří potřebují zdravotní péči.

Při poskytování péče respektuje zdravotní sestra víru jednotlivce, jeho životní hodnoty a obyčeje a snaží se vytvořit podmínky respektující individualitu.

Zdravotní sestra chrání informace o osobních poměrech pacienta, považuje je za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto důvěrné informace předat.

Zdravotní sestra a péče v praxi

Zdravotní sestra je osobně odpovědná za kvalitu poskytované péče a za obnovování svých odborných znalostí cestou neustálého vzdělávání.

Zdravotní sestra se snaží udržovat pečovatelský standart na co nejvyšší úrovni, a to v každé situaci.

Zdravotní sestra hodnotí jak svou kvalifikaci, tak i kvalifikaci jiných osob, když přejímá zodpovědnost za jistý úkol a když jej předává jiným osobám.

Zdravotní sestra ve funkci jedná tak, aby její chování přispělo k dobré pověsti povolání.

Zdravotní sestra a společnost

Zdravotní sestra, podobně jako ostatní občané, podporuje požadavky obyvatelstva na zdravotní a sociální zabezpečení a je v této věci iniciativní.

Zdravotní sestra a spoluzaměstnanci

Zdravotní sestra je zodpovědná za realizaci spolupráce s ostatními zdravotníky všech profesních kategorií.

Zdravotní sestra podle nutnosti zasahuje tak, aby ochránila jednotlivce, jestliže péče o něj je ohrožena nevhodným chováním jiného zdravotníka nebo občana.

Zdravotní sestra a povolání

Zdravotní sestra je odpovědná za realizaci vysokého standardu zdravotní a ošetrovatelské péče a za odborné vzdělávání.

Zdravotní sestra soustavně pracuje na definování a kultivaci vnitřního obsahu zdravotní a ošetrovatelské péče.

Zdravotní sestra se zasazuje v rámci odborové organizace o stanovení přiměřeného platu a jeho vyplácení. Dbá též o vytváření důstojných pracovních podmínek umožňujících realizaci zdravotní a ošetrovatelské péče.

Příloha č.13. „, Transplantační zákon“ - zákon o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů

ZÁKON

ze dne 30. května 2002

o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů
(transplantační zákon)

Parlament se usnesl na tomto zákoně České republiky:

ČÁST PRVNÍ

DAROVÁNÍ, ODBĚRY A TRANSPLANTACE TKÁNÍ A ORGÁNŮ

Hlava I

Obecná ustanovení

§ 1

Předmět úpravy

Tento zákon upravuje podmínky darování, odběrů a transplantací tkání a orgánů lidského původu prováděných výhradně za účelem poskytování léčebné péče.¹⁾

§ 2

Základní pojmy

Pro účely tohoto zákona se rozumí

- a orgány části lidského těla tvořené strukturovaným uspořádáním tkání, které organismus neumí nahradit, pokud jsou z těla zcela odstraněny, tkáněmi a buňkami stavební součásti lidského těla včetně pozůstatků získaných při chirurgických operacích, dále krvetvorné buňky získané z kostní dřevě, z periferní a pupečnickové krve, s výjimkou orgánů, krve a jejích složek,²⁾ pohlavních buněk, embryonálních a fetálních tkání a orgánů, vlasů, nehtů, placenty a odpadových produktů tělního metabolismu (dále jen "tkáň"),
- b možným dárcem pacient, u něhož se s ohledem na jeho zdravotní stav předpokládá smrt a možnost odběru tkáně nebo orgánu, nebo tělo zemřelé osoby, u níž byla prokázána smrt a u níž se předpokládá možnost odběru tkáně nebo orgánu,
- c dárcem osoba nebo tělo zemřelé osoby, které je proveden odběr tkáně nebo orgánu za účelem transplantace,
- e smrtí nevratná ztráta funkce celého mozku, včetně mozkového kmene,
- f čekatelem osoba evidovaná v Národním registru osob čekajících na transplantaci

orgánů,

g příjemcem osoba, které je implantována tkáň nebo orgán lidského původu,

h odběrem všechny zákroky nutné pro odběr lidských tkání nebo orgánů určených pro transplantaci včetně vyšetření za účelem posouzení zdravotní způsobilosti dárce a jeho přípravy na odběr,

i darováním odběr od žijícího dárce včetně zdravotní péče poskytované dárci za účelem rekonvalescence po provedeném odběru,

j transplantací proces směřující k zachování odebrané tkáně nebo orgánu ve stálé kvalitě pro implantaci a implantace tkáně nebo orgánu příjemci, včetně všech postupů přípravy, preparování a uchovávání tkání a orgánů.

Hlava II

Odběr tkání a orgánů

Díl 1

Odběr tkání a orgánů od žijících dárců

§ 3

Přípustnost odběru tkání a orgánů od žijícího dárce

(1) Odběr tkání nebo orgánů (dále jen "odběr") od žijícího dárce, pokud dále není stanoveno jinak,

lze provést, pouze pokud

a je prováděn výhradně v zájmu léčebného přínosu pro příjemce,

b v době odběru není k dispozici vhodná tkáň nebo orgán od zemřelého dárce a neexistuje jiná léčebná metoda srovnatelného účinku,

c je dárce osoba způsobilá dát způsobem stanoveným tímto zákonem svobodný, informovaný a konkrétní souhlas (§ 7) a tento souhlas skutečně vyslovila, a

d jedná se o obnovitelné tkáně nebo jeden z funkčních párových orgánů.

(2) Odběr orgánů od žijícího dárce, pokud dále není stanoveno jinak, lze provést ve prospěch příjemce,

který

a je osobou blízkou³⁾ dárci, pokud dárce vyslovil svobodný, informovaný a konkrétní souhlas (§ 7) ve vztahu k této osobě,

není osobou blízkou³⁾ dárci, pouze za podmínky, že

dárce prokazatelným způsobem výslovně projevil vůli darovat svůj orgán

b 1 tomuto příjemci; výslovný projev vůle (dále jen "vyjádření") musí být učiněn písemně a musí mít notářsky ověřený podpis dárce; vyjádření je nedílnou součástí zdravotnické dokumentace dárce,

2 s tímto darováním vyslovila etická komise podle § 5 odst. 5 písm. a) souhlas.

(3) Odběr od žijícího dárce nelze provést, pokud

a lze důvodně předpokládat, že provedení odběru by mohlo vážným způsobem ohrozit zdraví nebo život dárce,

b je dárce osoba nacházející se ve výkonu trestu odnětí svobody nebo ve vazbě nebo v ochranném léčení, s výjimkou dárcovství mezi dětmi a rodiči, sourozenci a mezi manželi, nebo

vzniklo na základě posouzení zdravotní způsobilosti dárce důvodné podezření, že dárce trpí nemocí nebo stavem, které by mohly ohrozit zdraví nebo život příjemce.

c To neplatí, pokud riziko poškození zdraví příjemce je zanedbatelné ve srovnání se život zachraňující transplantací. Podmínky prevence nákazy viru lidského imunodeficitu stanoví zvláštní právní předpis.⁴⁾

§ 4

Ochrana nezletilých osob,

osob zbavených způsobilosti k právním úkonům

a osob, které s ohledem na svůj momentální

zdravotní stav nejsou schopny zvážit

veškeré důsledky provedení odběru

obnovitelné tkáně pro vlastní zdraví

(1) Od dárců, kterými jsou nezletilé osoby,⁵⁾ osoby s omezenou způsobilostí k právním úkonům nebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům v plném rozsahu⁶⁾ (dále jen "osoba zbavená způsobilosti") nebo osoby, které s odběrem vyslovily souhlas, avšak s ohledem na jejich momentální zdravotní stav lze důvodně předpokládat, že i přes úplné poučení nezvážily nebo nemohly zvážit veškeré důsledky spojené s odběrem obnovitelné tkáně pro vlastní zdraví (dále jen "osoba neschopná vyslovit souhlas"), lze provést pouze odběr obnovitelné tkáně, není-li dále stanoveno jinak, a to pouze pokud

a není k dispozici žádný vhodný dárce, který je schopen dát výslovný a konkrétní souhlas,

- b příjemcem je sourozenec dárce,
- c darování představuje možnost záchrany života příjemce,
- d zákonný zástupce dárce, kterým je nezletilá osoba nebo osoba zbavená způsobilosti, vyslovil podle § 7 odst. 4 s tímto odběrem souhlas,
- e etická komise vyslovila podle § 5 odst. 5 písm. b) s tímto odběrem souhlas, a
- f tento dárce neprojevuje s darováním nesouhlas.

(2) Ustanovení odstavce 1 písm. b) a c) se nevztahuje na odběr buněk, pokud tento odběr představuje jen minimální riziko pro zdraví a život dárce.

§ 5

Etická komise

(1) Etická komise je nezávislá komise, kterou ustavuje a zrušuje statutární orgán zdravotnického zařízení provádějícího odběr orgánu dárce ve prospěch příjemce, který není jeho osobou blízkou³⁾ [§ 3 odst. 2 písm. b)], nebo obnovitelné tkáně nezletilým osobám, osobám zbaveným způsobilosti nebo osobám neschopným vyslovit souhlas (§ 4). Etická komise může být ustavena jako stálá komise nebo podle potřeby k jednotlivým případům.

(2) Etická komise má nejméně 5 členů; je tvořena lékaři, jedním klinickým psychologem a právníkem. Nejméně dvě třetiny členů etické komise nesmí být v pracovněprávním nebo obdobném vztahu ke zdravotnickému zařízení uvedenému v odstavci 1. Předsedu a další členy etické komise jmenuje a odvolává statutární orgán zdravotnického zařízení, ve kterém byla tato komise ustavena. Předseda a členové etické komise při výkonu činnosti etické komise nejsou vázáni pokyny statutárního orgánu zdravotnického zařízení ani pokyny jiných vedoucích zaměstnanců zdravotnického zařízení. Členy etické komise mohou být pouze fyzické osoby bez osobního zájmu nebo účasti na provádění odběru

a orgánu ve prospěch příjemce, který není osobou blízkou³⁾ dárce, nebo na transplantaci tohoto orgánu,

b obnovitelné tkáně nezletilé osobě, osobě zbavené způsobilosti nebo osobě neschopné vyslovit souhlas nebo na transplantaci této tkáně.

(3) Členové etické komise jsou povinni zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, o nichž se dozvěděli v souvislosti s výkonem své funkce, s výjimkou případů, kdy tyto skutečnosti sdělují se souhlasem dárce, příjemce nebo zákonného zástupce nezletilé osoby

nebo osoby zbavené způsobilosti anebo na základě zproštění povinné mlčenlivosti. Skutečnosti lze se souhlasem osob uvedených ve větě první sdělovat tak, aby z nich nebylo možné získat informace o dalších osobách a aby byla respektována anonymita mezi dárcem a příjemcem (§ 20). Pro zproštění povinné mlčenlivosti členů komise se použije zvláštní právní předpis,¹⁾ který stanoví práva a povinnosti zdravotnických pracovníků při poskytování zdravotní péče. Činnost členů etické komise je jiným úkonem v obecném zájmu, při němž se poskytuje zaměstnanci pracovní volno s náhradou mzdy ve výši průměrného výdělku⁷⁾ v nezbytně nutném rozsahu.

(4) Jednání etické komise řídí předseda. Etická komise rozhoduje většinou hlasů svých členů. V případě rovnosti hlasů rozhoduje hlas předsedy.

(5) Etická komise udělí na základě písemné žádosti předložené statutárním orgánem zdravotnického zařízení, který komisi ustavil, písemný souhlas nebo nesouhlas s provedením odběru

a orgánu dárci ve prospěch příjemce, který není jeho osobou blízkou,³⁾

b obnovitelné tkáně nezletilé osobě, osobě zbavené způsobilosti nebo osobě neschopné vyslovit souhlas.

Udělení souhlasu nebo vyjádření nesouhlasu je součástí zdravotnické dokumentace dárce, nezletilé osoby, osoby zbavené způsobilosti nebo osoby neschopné vyslovit souhlas.

(6) Žádost o udělení souhlasu musí obsahovat

a údaje o zdravotním stavu dárce, nezletilé osoby, osoby zbavené způsobilosti nebo osoby neschopné vyslovit souhlas, které jsou rozhodné pro posouzení možného odběru obnovitelné tkáně,

b vyjádření klinického psychologa o schopnosti nezletilé osoby, osoby zbavené způsobilosti nebo osoby neschopné vyslovit souhlas vyjádřit se k odběru vyžádané lékařem posuzujícím zdravotní způsobilost této osoby,

c údaje o zdravotním stavu příjemce orgánu nebo obnovitelné tkáně,

d kopii úplného poučení a informovaného souhlasu dárce orgánu nebo zákonného zástupce dárce (§ 7 odst. 1 a 2), popřípadě též vyjádření nezletilé osoby nebo osoby zbavené způsobilosti (§ 7 odst. 6),

e kopii úplného poučení a souhlasu osoby neschopné vyslovit souhlas,

f kopii vyjádření dárce učiněného podle § 3 odst. 2 písm. b), a

lhůtu, do které je etická komise povinna sdělit souhlas nebo nesouhlas s
g provedením odběru orgánu dárce nebo obnovitelné tkáně nezletilé osoby, osoby
zbavené způsobilosti nebo osoby neschopné dát souhlas.

(7) V případě potřeby může etická komise přizvat k jednání o udělení souhlasu nebo
nesouhlasu s odběrem dárce orgánu nebo zákonného zástupce nezletilé osoby nebo osoby
zbavené způsobilosti, popřípadě též tuto osobu. Etická komise k jednání přizve vždy

a nezletilou osobu nebo osobu zbavenou způsobilosti v případě, že klinický
psycholog ve svém vyjádření uvedl, že tato osoba je schopna vyslovit se k odběru,
b osobu neschopnou vyslovit souhlas,

dárce orgánu uvedeného v § 3 odst. 2 písm. b); v tomto případě vedle zdravotních
c hledisek etická komise zjišťuje a posuzuje též důvody, které vedly dárce k
darování orgánu.

(8) Etická komise v případě udělení souhlasu podle odstavce 5 vykonává dohled nad
průběhem odběru a zachováváním práv dárce, nezletilé osoby, osoby zbavené způsobilosti
nebo osoby neschopné vyslovit souhlas.

(9) Etická komise řádně uchovává podstatné záznamy o své činnosti, zejména písemné
pracovní postupy, seznam členů s uvedením jejich odborné způsobilosti, předložené žádosti
a podklady, zápisy ze schůzí, zprávy a korespondenci týkající se její činnosti a posuzování
žádostí po dobu nejméně 10 let, a to ve zdravotnickém zařízení, ve kterém je ustavena. V
případě zániku etické komise zajistí řádné uchovávání dokumentace statutární orgán
zdravotnického zařízení, ve kterém byla etická komise ustavena.

§ 6

Posouzení zdravotní způsobilosti žijícího dárce

(1) Před odběrem od žijícího dárce musí být posouzena jeho zdravotní způsobilost k
darování tkáně nebo orgánu. Za tím účelem se provedou taková lékařská vyšetření a
postupy, která zhodnotí zdravotní stav žijícího dárce a možná rizika pro zdraví a život
dárce spojená s darováním tkáně nebo orgánu. Zároveň musí být stanoveny takové postupy,
které všemi dostupnými způsoby omezí rizika pro zdraví a život dárce, která pro něj
odebrání tkáně nebo orgánu představuje, aniž by byla ohrožena kvalita a životaschopnost
odebraných tkání nebo orgánů.

- (2) Za posouzení zdravotní způsobilosti dárce k darování tkání nebo orgánů je odpovědno zdravotnické zařízení, které provádí odběr.
- (3) Posuzující lékař provede záznam o posouzení zdravotní způsobilosti dárce s vymezením rozsahu posouzení a se závěrem o způsobilosti či nezpůsobilosti dárce k odběru. Tento záznam stvrzený podpisem posuzujícího lékaře a datem je nedílnou součástí zdravotnické dokumentace dárce.
- (4) Zdravotnické zařízení, které provedlo odběr, zajistí dispenzární péči o dárce.⁸⁾
- (5) Bližší podmínky posuzování zdravotní způsobilosti a rozsah vyšetření žijícího dárce stanoví Ministerstvo zdravotnictví (dále jen "ministerstvo") vyhláškou.
- (6) Dárce nebo zákonný zástupce nezletilé osoby nebo zákonný zástupce osoby zbavené způsobilosti, je-li dárce tato osoba, může požádat dalšího lékaře, který není na odběru ani na dalších postupech spojených s transplantací zapojen, o posouzení zdravotních rizik odběru pro osobu dárce. Pro toto posouzení neplatí ustanovení odstavců 1 až 5.

§ 7

Úplné poučení a souhlas

- (1) Lékař posuzující zdravotní způsobilost žijícího dárce je povinen poskytnout dárci úplné poučení o účelu, povaze a důsledcích darování tkáně nebo orgánu a o možných rizicích s tím spojených, včetně rizik dlouhodobých. Pokud je dárce nezletilá osoba nebo osoba zbavená způsobilosti, poskytne toto poučení jejímu zákonnému zástupci. Poučení musí být srozumitelné. Dárce a zákonný zástupce nezletilé osoby nebo zákonný zástupce osoby zbavené způsobilosti má právo klást otázky, a to v rozsahu stanoveném ve větě první, a lékař je povinen je zodpovědět. Součástí poučení je rovněž podání informace o právech a ochraně dárce stanovených tímto zákonem.
- (2) Dárce a zákonný zástupce nezletilé osoby nebo zákonný zástupce osoby zbavené způsobilosti může požadovat, aby při poučení byl přítomen další svědek. O této možnosti je předem informuje lékař poskytující úplné poučení. Lékař vyhotoví záznam o provedení úplného poučení s jeho stručným obsahem a tento záznam s uvedením data, kdy bylo poučení provedeno, podepíše všechny zúčastněné osoby. Záznam o úplném poučení dárce nebo zákonného zástupce nezletilé osoby nebo zákonného zástupce osoby zbavené způsobilosti je nedílnou součástí zdravotnické dokumentace dárce.
- (3) Lékař provádějící odběr je povinen bezprostředně před provedením odběru úplné poučení za podmínek stanovených v odstavci 1 zopakovat.
- (4) Souhlas dárce nebo zákonného zástupce nezletilé osoby nebo zákonného zástupce osoby zbavené způsobilosti vyslovený na základě úplného poučení podle odstavce 1 musí

být svobodný, informovaný a konkrétní. Musí být proveden písemnou formou, stvrzen podpisem a datem a založen ve zdravotnické dokumentaci dárce.

(5) Dárce nebo zákonný zástupce nezletilé osoby nebo zákonný zástupce osoby zbavené způsobilosti může svůj souhlas kdykoliv odvolat. Lékař provádějící odběr je povinen toto odvolání respektovat, pokud nebyly provedeny při odběru nevratné úkony, jejichž přerušení by znamenalo ohrožení zdraví nebo života dárce.

(6) Pokud jsou nezletilé osoby nebo osoby zbavené způsobilosti schopné v dostatečné míře porozumět důsledkům provedení nebo neprovedení odběru pro ně samé nebo pro příjemce, je nutné poskytnout i jim úplné poučení. Pokud osoba uvedená ve větě první vysloví nesouhlas s darováním, je třeba tento nesouhlas respektovat.

§ 8

Podmínění odběru od žijícího dárce

(1) Odběr orgánu od žijícího dárce lze provést pouze ve prospěch osoby, kterou dárce určil (§ 3 odst. 2). Pokud žijící dárce tkáně podmíní jejich odběr darováním určité osobě, lze tento odběr provést pouze ve prospěch této osoby.

(2) V případě, kdy odebranou tkáň nebo orgán nebude možno implantovat určené osobě, je nutno si vyžádat, a to před provedením odběru, k užití této tkáně nebo orgánu pro jinou osobu souhlas dárce. Důvody, které vedly příslušné lékaře k rozhodnutí, že odebranou tkáň nebo orgán nelze implantovat dárce určené osobě, se zaznamenají do zdravotnické dokumentace dárce a osoby určené dárce.

§ 9

Transplantace tkání nebo orgánů
odebraných z jiného důvodu
než za účelem transplantace

(1) Pokud byly tkáň nebo orgán pacientovi odebrány z jiného důvodu než za účelem transplantace, mohou být implantovány příjemci pouze tehdy, jestliže pacient byl o důsledcích a možných rizicích tohoto odebrání poučen a před nebo po odebrání tkáně nebo orgánu vyslovil s jejich použitím pro transplantaci souhlas.

(2) Při provedení poučení a získání souhlasu podle odstavce 1 se ustanovení § 7 použije obdobně.

Díl 2

Odběr od zemřelých dárců

§ 10

Přípustnost odběru od zemřelého dárce

a náležitosti zjištění smrti

(1) Odběr od zemřelého dárce lze provést, jen byla-li zjištěna smrt. Pokud by měl být odběr od zemřelého dárce proveden před uplynutím 2 hodin od zjištění smrti, lze tento odběr provést nejdříve po podepsání protokolu podle odstavce 2. Lékaři, kteří zjišťují smrt, se nesmějí zúčastnit odběru od zemřelého dárce nebo transplantace a nesmějí být ošetřujícími lékaři uvažovaného příjemce.

(2) Zjištění smrti možného dárce musí být vždy prováděno nejméně dvěma k tomu odborně způsobilými lékaři, kteří dárce vyšetřili nezávisle na sobě. Zjištění smrti možného dárce se v případě předpokládaného odběru před uplynutím 2 hodin od tohoto zjištění zaznamená v protokolu, který je nedílnou součástí zdravotnické dokumentace dárce. Protokol o zjištění smrti podepíší lékaři, kteří zjistili smrt. Protokol o zjištění smrti musí mít zejména tyto náležitosti:

- a základní a vedlejší diagnózy zemřelého,
- b záznam o provedených vyšetřeních včetně obrazové dokumentace,
- c záznam o zjištěných výsledcích vyšetření,
- d časový údaj o provedení vyšetření, popřípadě časový údaj o době nevratné zástavy krevního oběhu,
- e nezbytné identifikační údaje o lékařích zjišťujících smrt a lékařích provádějících vyšetření potvrzující nevratnost smrti mozku.

Vzor protokolu o zjištění smrti je uveden v příloze č. 1.

(3) Smrt [§ 2 písm. e)] se zjišťuje prokázáním

- a nevratné zástavy krevního oběhu,
- b nevratné ztráty funkce celého mozku, včetně mozkového kmene v případech, kdy jsou funkce dýchání nebo krevního oběhu udržovány uměle (dále jen "smrt mozku").

(4) V případě zjištění smrti prokázáním nevratné zástavy krevního oběhu lze odběr provést před uplynutím 2 hodin od tohoto zjištění,

pokud je známa doba zjištění smrti, a byla-li smrt zjištěna ve zdravotnickém zařízení

- 1 na jednotce intenzivní péče,
- a 2 na anesteziologicko-resuscitačním oddělení,
- 3 na operačním sále,
- 4 na příjmové ambulanci oddělení nebo na příjmovém oddělení nemocnice,

pokud smrt byla zjištěna na základě ukončení neúspěšné resuscitace, kterou se b nepodařilo obnovit srdeční činnost nebo ji účinně podporovat, prováděné lékařem v délce nejméně 30 minut; resuscitace se provádí současně prováděným umělým dýcháním a masáží srdce.

(5) Smrt mozku se prokazuje, pokud

- a se pacient nachází ve stavu, na jehož základě lze uvažovat o diagnóze smrti mozku, a
- b lze prokázat klinické známky smrti mozku pacienta, na jejichž základě lze stanovit diagnózu smrti mozku, doplněné vyšetřením potvrzujícím nevratnost smrti mozku.

(6) Stav, na jehož základě lze uvažovat o diagnóze smrti mozku, klinické známky smrti mozku pacienta, na jejichž základě lze stanovit diagnózu smrti mozku, vyšetření je prokazující a vyšetření potvrzující nevratnost smrti mozku jsou uvedeny v příloze č. 2.

(7) Ministerstvo stanoví odbornou způsobilost lékařů zjišťujících smrt a lékařů provádějících vyšetření potvrzující nevratnost smrti vyhláškou. Ministerstvo může stanovit podrobnosti o způsobu provádění vyšetření prokazujících smrt, vyšetření potvrzujících nevratnost zástavy krevního oběhu nebo smrti mozku a podmínky jejich provádění vyhláškou.

§ 11

Nepřípustnost odběru od zemřelého dárce

(1) Odběr od zemřelého dárce je vyloučen, pokud

- a zemřelý za svého života nebo zákonný zástupce zemřelého, který byl nezletilou osobou nebo osobou zbavenou způsobilosti, vyslovil prokazatelně nesouhlas s posmrtným odběrem tkání a orgánů (§ 16), nelze na základě posouzení zdravotní způsobilosti vyloučit, že zemřelý trpěl
- b nemocí či stavem, které by mohly ohrozit zdraví nebo život příjemce; za posouzení zdravotní způsobilosti zemřelého dárce zodpovídá zdravotnické zařízení provádějící odběr, nebo
- c zemřelého nelze identifikovat.

(2) Posuzující lékař provede záznam o posouzení zdravotní způsobilosti zemřelého dárce s vymezením rozsahu posouzení a se závěrem o způsobilosti či nezpůsobilosti zemřelého dárce k odběru. Tento záznam s datem provedení posouzení, stvrzený podpisem posuzujícího lékaře, je nedílnou součástí zdravotnické dokumentace zemřelého dárce.

(3) Bližší podmínky posuzování zdravotní způsobilosti a rozsah vyšetření zemřelého dárce stanoví ministerstvo vyhláškou.

(4) Odběr od zemřelého cizince⁹⁾ lze provést pouze za podmínek stanovených v mezinárodní smlouvě, kterou je Česká republika vázána.

§ 12

Odebrané tkáně a orgány

(1) Lékař, který provedl odběr tkáně nebo orgánu, zaznamená výčet odebraných tkání a orgánů a předpokládaný účel jejich použití do zdravotnické dokumentace dárce.

(2) Pitva zemřelého, u kterého byl proveden odběr, se provede v takové lhůtě, aby v případě dodatečného zjištění, že zemřelý trpěl nemocí nebo stavem, které by mohly ohrozit zdraví nebo život příjemce, mohl být učiněn závěr o zdravotní nezpůsobilosti zemřelého.

(3) Odebrané tkáně lze k dalšímu vyšetření, zpracování, preparování (konzervaci), uchovávání a distribuci předat pouze tkáňové bance.

§ 13

Pitvy

(1) Na těle zemřelého, u kterého byl proveden odběr, se vždy provádí pitva podle zvláštního právního předpisu.¹⁰⁾

(2) V případě, že lékař provádějící prohlídku zemřelého má podezření, že smrt nastala za nejasných okolností nebo násilným úmrtím, včetně sebevraždy anebo vraždy, lze provést odběr pouze za podmínky, že nebude zmařen účel pitvy nařízené podle zvláštního právního

předpisu.¹¹⁾ Současně je nezbytné pro potřeby dalšího šetření provést prohlídku odebírané tkáně nebo orgánu a též části těla, z níž byly odebrány tak, aby se výsledek prohlídky mohl stát součástí pitevního protokolu.

§ 14

Úcta k lidskému tělu

Při provádění odběru ze zemřelého a při provádění pitev se musí zacházet s tělem zemřelého s úctou a musí být provedeny všechny úkony tak, aby bylo tělo pokud možno upraveno do původní podoby.

Díl 3

Sdělení předpokládaného odběru osobě blízké
a nesouhlas s posmrtným odběrem

§ 15

- (1) Ošetřující lékař pacienta, u něhož lze předpokládat odběr tkání nebo orgánů podle tohoto zákona, sdělí vhodným způsobem osobám blízkým,³⁾ neurčil-li pacient podle § 19 jinak (dále jen "určená osoba"), předpokládanou možnost odběru, a to za podmínky, že určená osoba projevuje zájem o pacienta a pacient za svého života prokazatelným způsobem nevyslovil zákaz sdělování informací o svém zdravotním stavu. Pokud je pacientem uvedeným ve větě první nezletilá osoba nebo osoba zbavená způsobilosti, možnost odběru sdělí ošetřující lékař jejímu zákonnému zástupci a zároveň ho poučí o možnosti vyslovit prokazatelný nesouhlas s odběrem podle § 16 odst. 1 písm. c). V tomto případě neplatí podmínka projevu zájmu o pacienta. Ošetřující lékař zároveň určeným osobám, popřípadě zákonnému zástupci vysvětlí rozsah a účel předpokládaného odběru, a to při respektování anonymity příjemce. Určené osoby, popřípadě zákonný zástupce mají právo klást otázky, s výjimkou dotazu na příjemce. Pokud určená osoba, popřípadě zákonný zástupce odmítne vysvětlení podle věty čtvrté, ošetřující lékař její odmítnutí respektuje a o této skutečnosti provede záznam do zdravotnické dokumentace pacienta.
- (2) Pokud se jedná o zemřelého, u něhož lze předpokládat odběr tkání nebo orgánů podle tohoto zákona, podá informaci, pokud je zemřelým nezletilá osoba nebo osoba zbavená způsobilosti, též poučení podle odstavce 1 lékař pověřený statutárním orgánem zdravotnického zařízení, v němž se zemřelý nachází.
- (3) O informaci podané podle odstavce 1 provede lékař zápis ve zdravotnické dokumentaci pacienta nebo zemřelého.

§ 16

(1) Odběr z těla zemřelé osoby lze uskutečnit, pouze pokud s tím zemřelý za svého života nebo zákonný zástupce nezletilé osoby nebo zákonný zástupce osoby zbavené způsobilosti nevyslovil prokazatelně nesouhlas. Nesouhlas se považuje za prokazatelně vyslovený, pokud

- a je zemřelý evidován v Národním registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů, nebo
- b zemřelý ještě za svého života přímo ve zdravotnickém zařízení před ošetřujícím lékařem a jedním svědkem prohlásí, že nesouhlasí s odběrem v případě své smrti, nebo
- c zákonný zástupce nezletilé osoby nebo zákonný zástupce osoby zbavené způsobilosti přímo ve zdravotnickém zařízení před ošetřujícím lékařem a jedním svědkem prohlásí, že nesouhlasí s odběrem; toto prohlášení lze učinit pro případ smrti nezletilé osoby nebo osoby zbavené způsobilosti ještě za jejího života nebo i po úmrtí této osoby.

(2) O nesouhlasu s odběrem podle odstavce 1 písm. b) nebo c) se provede neprodleně zápis, který je součástí zdravotnické dokumentace. Tento zápis podepíše pacient, ošetřující lékař a svědek, a pokud se pacient s ohledem na svůj zdravotní stav nemůže podepsat, potvrdí projev jeho vůle ještě další svědek. Pokud se jedná o nezletilou osobu nebo osobu zbavenou způsobilosti, podepíše zápis její zákonný zástupce a ošetřující lékař, popřípadě lékař uvedený v § 15 odst. 2. V zápise se uvede též datum a hodina, kdy bylo prohlášení učiněno. Kopii zápisu o prohlášení podle odstavce 1 písm. b) nebo kopii zápisu prohlášení učiněného pro případ smrti podle odstavce 1 písm. c) je zdravotnické zařízení povinno do 3 dnů od jeho sepsání zaslat Národnímu registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů.

(3) Pokud nebylo prokázáno, že zemřelý vyslovil za svého života prokazatelně nesouhlas s posmrtným odběrem, platí, že s odběrem souhlasí.

Hlava III

Příjemce

§ 17

(1) Výběr nejvhodnějších příjemců orgánů je založen na principu medicínské naléhavosti a rovnosti čekatelů; při rovnosti medicínské naléhavosti se přihlíží též k celkové době registrace v Národním registru osob čekajících na transplantaci orgánů.

- (2) Ustanovení odstavce 1 se nevztahuje na odběr orgánů od žijících dárců.
- (3) Příjemce nebo jeho zákonný zástupce musí dát k provedení transplantace informovaný písemný souhlas vyslovený na základě úplného poučení poskytnutého příjemci lékařem posuzujícím jeho zdravotní způsobilost, popřípadě lékařem provádějícím příjemci transplantaci; při poskytnutí úplného poučení a vyslovení informovaného písemného souhlasu se použijí ustanovení § 7 obdobně. Pokud není možné vyžádat si vzhledem ke zdravotnímu stavu příjemce jeho písemný souhlas nebo souhlas jeho zákonného zástupce a pokud je transplantace neodkladným výkonem nutným k záchraně života nebo zdraví příjemce, tento souhlas se předpokládá. O důvodech, pro které nebyl získán souhlas podle předcházejících vět, se provede záznam do zdravotnické dokumentace příjemce.
- (4) Součástí zdravotnické dokumentace příjemce jsou i údaje o zdravotním stavu dárce související s odběrem. Zdravotnická dokumentace obsahující údaje o zdravotním stavu dárce musí být vedena tak, aby byla zachována anonymita dárce.

Hlava IV

Národní zdravotní registry související s transplantacemi

§ 18

- (1) Součástí národních zdravotních registrů¹²⁾ je Národní registr osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů, Národní registr dárců tkání a orgánů, Národní registr osob čekajících na transplantaci orgánů a Národní registr provedených transplantací tkání a orgánů, popřípadě další registry určené pro evidenci údajů souvisejících s darováním. Tyto registry zřizuje ministerstvo podle zvláštního právního předpisu.¹²⁾
- (2) Pro vedení registrů, shromažďování dat v nich a nakládání s těmito daty platí zvláštní právní předpis,^{12), 13)} pokud tento zákon nestanoví jinak.
- (3) Úkoly související s provozem Národního registru dárců tkání a orgánů, Národního registru osob čekajících na transplantaci orgánů a Národního registru provedených transplantací tkání a orgánů plní Koordinační středisko transplantací (§ 25), které je podle zvláštního právního předpisu¹³⁾ zpracovatelem osobních údajů vedených v těchto registrech. Úkoly související s provozem Národního registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů plní Koordinační středisko pro resortní zdravotnické informační systémy.¹²⁾ Středisko uvedené ve větě druhé je pro potřeby vedení registrů zpracovatelem osobních údajů podle zvláštního právního předpisu.¹³⁾
- (4) Do Národního registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů se povinně uvádí jméno a příjmení, rodné číslo a bydliště osoby nesouhlasící s posmrtným

odběrem tkání a orgánů a nezbytné údaje o rozsahu nesouhlasu. Do Národního registru dárců tkání a orgánů a Národního registru osob čekajících na transplantaci orgánů se povinně uvádějí nezbytné identifikační údaje dárce, osoby čekající na transplantaci orgánu, osoby, které byla provedena transplantace, a nezbytné údaje o zdravotním stavu těchto osob. Podrobnosti o rozsahu a obsahu povinně uváděných dat do Národního registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů, Národního registru dárců tkání a orgánů, Národního registru osob čekajících na transplantaci orgánů a Národního registru provedených transplantací tkání a orgánů a soubor dat předávaných z těchto registrů do Národního zdravotnického informačního systému¹²⁾ stanoví ministerstvo vyhláškou. Ministerstvo může rovněž vyhláškou stanovit soubor dat předávaných střediskem pro vyhledávání dárců krvetvorných buněk z registru potenciálních dárců krvetvorných buněk do Národního zdravotnického informačního systému.¹²⁾

Hlava V

Povinnosti zdravotnických zařízení

při poskytování zdravotní péče

v souvislosti s darováním

a transplantacemi tkání a orgánů

§ 19

Poskytování informací o zdravotním stavu

dárce a příjemce

(1) Při převzetí pacienta do péče si zdravotnické zařízení vyžádá jeho písemné vyjádření, které osoby mohou být informovány o jeho zdravotním stavu. Pokud není pacient schopen s ohledem na svůj zdravotní stav toto vyjádření učinit, lze informovat pouze osoby blízké. Za nezletilé osoby nebo osoby zbavené způsobilosti písemné vyjádření podle věty první učiní jejich zákonní zástupci. Písemné vyjádření je součástí zdravotnické dokumentace pacienta.

(2) Právo na informaci o zdravotním stavu nezletilé osoby mají oba rodiče, pokud nebyli zbaveni rodičovské zodpovědnosti, nebo jiní zákonní zástupci této osoby, pěstouni a osoby, které se souhlasem zákonných zástupců o ně pečují. Pokud jsou děti a mladiství umístěni na základě žádosti zákonných zástupců, pěstouna nebo rozhodnutí soudu do kojeneckého ústavu, dětského centra, dětského domova pro děti do 3 let věku nebo do školských zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, mají právo na informaci podle věty první též statutární zástupci těchto zařízení nebo jimi pověřeni zaměstnanci. Právo na

informaci o zdravotním stavu osoby zbavené způsobilosti má její zákonný zástupce a osoby, které s jeho souhlasem o tuto osobu pečují.

§ 20

Respektování anonymity mezi dárci a příjemci
a informační povinnost zdravotnických zařízení

(1) Zdravotnická zařízení jsou povinna zachovat anonymitu

- a zemřelého dárce tkání nebo orgánů vůči příjemci,
- b žijícího dárce tkáně nebo orgánu vůči osobě uvedené v § 3 odst. 2, pokud si to dárce přeje,
- c žijícího dárce obnovitelné tkáně, pokud se nejedná o osobu uvedenou v § 3 odst. 2.

(2) Zdravotnická zařízení jsou povinna neprodleně informovat o možných dárcích orgánů nejbližší transplantační centrum (§ 22).

§ 21

Zdravotnická zařízení provádějící odběry
a transplantace

(1) Zdravotnická zařízení, která nejsou transplantačním centrem (§ 22), provádějí odběry a transplantace tkání, a to v rozsahu vymezeném v rozhodnutí o oprávnění zdravotnického zařízení vydaném na základě zvláštního právního předpisu.¹⁴⁾ Tato zdravotnická zařízení jsou kromě povinností vyplývajících ze zvláštního právního předpisu¹⁵⁾ dále povinna zejména

- a hlásit osoby, kterým byl proveden odběr, do Národního registru dárců tkání a orgánů,
- b provedené transplantace hlásit do Národního registru provedených transplantací tkání a orgánů,
- c spolupracovat s Koordinačním střediskem transplantací, zejména poskytovat údaje o dárcích, o provedeném odběru tkání, o transplantaci tkáně a o dlouhodobém sledování příjemců,
- d zjišťovat informace z Národního registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů pro účely provádění odběrů od zemřelých dárců, respektovat takto vyslovený nesouhlas s odběrem,
- e ověřovat další způsoby prokazatelného vyslovení nesouhlasu s posmrtným

odběrem stanovené tímto zákonem a respektovat takto vyslovený nesouhlas,
f vést dokumentaci o provedených odběrech a transplantacích a nakládání s
odebranými tkáněmi a orgány zaznamenávat do protokolu o konečném určení
odebraných tkání a orgánů,

g zajistit dispenzarizaci žijících dárců a příjemců,

uzavřít ve prospěch dárce pojistnou smlouvu pro případ škody na zdraví vzniklé
h žijícímu dárce v souvislosti s odběrem, a to s pojišťovnou, které bylo uděleno
povolení k provozování pojišťovací činnosti podle zvláštního právního předpisu.¹⁶⁾

Rozsah pojištění musí být v přiměřeném poměru k rizikům spojeným s odběrem.

(2) Zdravotníčtí pracovníci, kteří se účastnili odběru nebo transplantace tkání nebo orgánů, zaznamenávají nakládání s odebranou tkání nebo orgánem do protokolu, který je přiložen k odebrané tkáni nebo orgánu. Do tohoto protokolu se zaznamená zejména datum a místo odběru a konečné určení odebrané tkáně nebo orgánu. Pokud se odebraná tkáň nebo orgán použije pro transplantaci, do protokolu se zaznamená datum, místo a osoba, jíž byla transplantace provedena. Pokud bylo rozhodnuto, že odebrané tkáně nebo orgány jsou k transplantaci nevhodné, do protokolu se zaznamená důvod, proč byly shledány nevhodnými, a způsob dalšího naložení s nimi. Protokol musí být do 7 dnů po konečném určení odebrané tkáně nebo orgánu odeslán Koordinačnímu středisku transplantací.

§ 22

Transplantační centrum

(1) Transplantační centra lze zřídit pouze se souhlasem ministerstva,¹⁷⁾ a to jako součást nemocnice. Transplantační centra provádějí odběry a transplantace krvetvorných buněk a orgánů v rozsahu vymezeném v rozhodnutí o oprávnění zdravotnického zařízení vydaném na základě zvláštního právního předpisu.¹⁴⁾

(2) Transplantační centra provádějící transplantace orgánů plní povinnosti podle § 21 a dále jsou povinna

- a hlásit osoby indikované k transplantaci orgánů do Národního registru osob čekajících na transplantaci orgánů,
- b provádět transplantaci orgánů výlučně příjemcům registrovaným v Národním registru osob čekajících na transplantaci orgánů,
- c spolupracovat s Koordinačním střediskem transplantací při výběru nejvhodnějších příjemců orgánů,

d po obdržení informace podle § 20 odst. 2 zjistit, zda jsou splněny podmínky pro odběr (§ 10 a 11),

e po zjištění splnění podmínek pro odběr informovat o možném dárci Koordinační středisko transplantací.

(3) Transplantační centra provádějící transplantace krevtovorných buněk plní povinnosti podle § 21, s výjimkou písmene d), a dále jsou povinna spolupracovat se středisky pro vyhledávání dárců krevtovorných buněk (§ 24) při výběru nejvhodnějších nepříbuzných potenciálních dárců krevtovorných buněk.

§ 23

Tkáňová banka

(1) Tkáňová banka je určena k zajišťování odběrů, dalšího zpracování, vyšetřování, konzervaci, skladování a distribuci tkáňových štěpů pro transplantace. Tkáňovou banku lze zřídit pouze se souhlasem ministerstva,¹⁷⁾ a to jako součást nemocnice poskytující specializovanou nebo zvláště specializovanou zdravotní péči.¹⁸⁾

(2) Tkáňové banky jsou povinny

při organizaci odběrů tkání spolupracovat s odděleními patologie soudního

a lékařství, odděleními gynekologicko-porodnickými zdravotnických zařízení, se zařízeními transfúzní služby a se zdravotnickými zařízeními uvedenými v § 21 a 22,

b využívat informace Národního registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů a Národního registru dárců tkání a orgánů,

vést dokumentaci o odebraných a přijatých tkáních, provedených vyšetřeních

c odebraných tkání, o připravených transplantabilních tkáňových štěpech, které mají v zásobě, a štěpech vydaných na pracoviště provádějící transplantaci,

d využívat informace Národního registru provedených transplantací tkání a orgánů při vyhodnocování výsledků transplantací tkání.

§ 24

Středisko pro vyhledávání dárců krevtovorných buněk

(1) Středisko pro vyhledávání dárců krevtovorných buněk je určeno pro vyhledávání nepříbuzných dárců krevtovorných buněk, jejich vyšetřování a zprostředkování transplantací krevtovorných buněk od nepříbuzných dárců. Středisko pro vyhledávání krevtovorných buněk lze zřídit pouze se souhlasem ministerstva.¹⁷⁾

(2) Středisko pro vyhledávání dárců krevtovorných buněk zejména

- a vede dokumentaci o provedených vyšetřeních potenciálních dárců krvetvorných buněk a o zprostředkování transplantací krvetvorných buněk,
- b vede registr potenciálních dárců krvetvorných buněk,
- c využívá informace Národního registru provedených transplantací tkání a orgánů při vyhodnocování výsledků transplantací krvetvorných buněk,
- d poskytuje na základě žádosti zdravotnického zařízení informace o potenciálních dárcích krvetvorných buněk, a to z hlediska posouzení jejich vhodnosti pro konkrétního příjemce,
- e zajišťuje a koordinuje mezinárodní spolupráci při provádění výměny krvetvorných buněk určených k transplantaci.

§ 25

Koordinační středisko transplantací

(1) Pro zajišťování a zprostředkování transplantací zřizuje ministerstvo Koordinační středisko transplantací.¹⁷⁾ Při zřízení Koordinačního střediska transplantací ministerstvo postupuje tak, aby byla zachována jeho nezávislost na transplantačních centrech, a to z hlediska prostorového, věcného a technického vybavení a umístění sídla střediska. Zaměstnanec nemocnice, jejíž součástí je transplantační centrum, nesmí být v pracovněprávním nebo jiném obdobném vztahu ke Koordinačnímu středisku transplantací.

(2) Koordinační středisko transplantací plní tyto úkoly:

- a vede Národní registr osob čekajících na transplantaci orgánů,
- b vede Národní registr dárců tkání a orgánů,
- c vede Národní registr provedených transplantací tkání a orgánů,
- d koordinuje odběrové a transplantační týmy jednotlivých transplantačních center,
- e provádí výběr nejvhodnějších příjemců pro odebrané orgány; výběr se provádí výlučně z Národního registru osob čekajících na transplantaci orgánů,
- f zpracovává souhrnná data o provedených odběrech, transplantacích a jejich výsledcích za uplynulý rok a tuto zprávu předává ministerstvu nejpozději do 31. března následujícího kalendářního roku,

- g metodicky koordinuje činnost střediska pro vyhledávání dárců krvetvorných buněk,
- h zajišťuje a koordinuje mezinárodní spolupráci při provádění výměny tkání a orgánů určených k transplantaci (§ 26), pokud nejde o činnosti podle § 24 odst. 2 písm. b),
- i plní další úkoly určené ministerstvem.

Hlava VI

Mezinárodní spolupráce

§ 26

(1) Mezinárodní výměna tkání a orgánů k transplantacím je přípustná pouze za předpokladu, že jejím cílem je nalezení nejvhodnějšího příjemce nebo záchrana čekatele na transplantaci, jehož život je bezprostředně ohrožen, a to na základě členství v mezinárodních transplantačních organizacích nebo na základě mezinárodních smluv, kterými je Česká republika vázána.

(2) Nabídka tkáně nebo orgánu do zahraničí v rámci mezinárodní výměny tkání a orgánů podle odstavce 1 je možná pouze tehdy, pokud v České republice není v Národním registru osob čekajících na transplantaci evidován vhodný čekatel nebo se jedná o postup v rámci členství v mezinárodních transplantačních organizacích.

(3) Tkáň nebo orgán k transplantacím lze ze zahraničí v rámci výměny tkání a orgánů podle odstavce 1 přijmout pouze v případě, že byl odběr proveden k tomu způsobilým zdravotnickým zařízením a způsobem, který je v souladu s platnou právní úpravou země původu. Musí být prokázáno, že před odběrem byla posouzena zdravotní způsobilost dárce, a zdravotnická dokumentace dárce související s odběrem musí být dohledatelná.

(4) Podmínky mezinárodní spolupráce při transplantaci krvetvorných buněk může stanovit ministerstvo vyhláškou.

Hlava VII

Jiné činnosti související s darováním, odběrem a transplantacemi

§ 27

Zajišťování informací pro veřejnost

Ministerstvo zajišťuje informovanost veřejnosti o významu a o možnostech darování tkání a orgánů, a to zvláště dárčovství krvetvorných buněk, o způsobu vyjádření nesouhlasu s posmrtným odběrem a o významu transplantací. Přitom spolupracuje s ostatními správními

úřady a orgány územní samosprávy, se zdravotními pojišťovnami, zdravotnickými zařízeními, profesními organizacemi ve zdravotnictví a dalšími orgány a institucemi.

§ 28

Zákaz finančního prospěchu nebo jiných výhod
a obchodování s tkáněmi a orgány

- (1) Lidské tělo a jeho části nesmějí být jako takové zdrojem finančního prospěchu nebo jiných výhod.
- (2) Dárce ani jiné osoby nesmí uplatňovat vůči příjemci žádné nároky.
- (3) Inzerování a reklama za účelem poptávky nebo nabídky tkání a orgánů jsou zakázány. Za inzerování a reklamu se nepovažuje postup podle § 27.
- (4) Obchodování s tkáněmi a orgány odebranými za účelem transplantace je zakázáno.

Hlava VIII

Pokuty

§ 29

(1) Za nesplnění nebo porušení povinností anebo zákazů stanovených tímto zákonem (dále jen "protiprávní jednání") lze uložit pokutu. Pokutu ukládá zdravotnickému zařízení správní úřad, který tomuto zařízení podle zvláštního právního předpisu udělil oprávnění.¹⁴⁾ Pokutu právnickým osobám a fyzickým osobám podnikajícím vlastním jménem, které nejsou zdravotnickým zařízením, ukládá obec, na jejímž území má právnická osoba sídlo, nebo fyzická osoba podnikající vlastním jménem, trvalý pobyt.

(2) Pokutu lze uložit

zdravotnickému zařízení

do výše 100 000 Kč za nesplnění nebo porušení povinností stanovených v §
1 3, 4, § 6 odst. 1, § 8 odst. 1, § 10 až 13, § 16 odst. 1 a 2, § 20 odst. 1, § 21, §
22 odst. 2 a 3, § 23 odst. 2, § 24 odst. 2, § 25 odst. 2, § 26 odst. 1 až 3 a § 28
a odst. 3,

2 do výše 50 000 Kč za nesplnění nebo porušení povinností stanovených v § 6
odst. 3, § 7 odst. 1 až 3 a odst. 6, § 8 odst. 2, § 9 odst. 1, § 12, § 15 odst. 1, §
16 odst. 3 a § 19,

b právnickým osobám a fyzickým osobám podnikajícím vlastním jménem do výše
500 000 Kč za porušení zákazu v § 28 odst. 3.

(3) Protiprávní jednání uvedené v odstavci 2 je opakované, pokud se ho zdravotnické zařízení, právnická osoba nebo fyzická osoba podnikající vlastním jménem dopustila v době do 1 roku od předchozího protiprávního jednání, za něž jí byla pravomocně uložena pokuta podle odstavce 2.

(4) Za opakované protiprávní jednání se zvyšují horní hranice pokut uvedených v odstavci 2 o polovinu.

§ 30

(1) Správní úřad, který uložil pokutu zdravotnickému zařízení, zašle opis rozhodnutí o uložení pokuty podle tohoto zákona zdravotní pojišťovně, se kterou má zdravotnické zařízení uzavřenu smlouvu o poskytování zdravotní péče.

(2) Řízení o uložení pokuty lze zahájit do 1 roku ode dne, kdy se správní úřad oprávněný k uložení pokuty nebo obec oprávněná k uložení pokuty o protiprávním jednání dozvěděly, nejpozději však do 3 let ode dne, kdy k protiprávnímu jednání došlo.

(3) Při ukládání pokuty a stanovení její výše se přihlíží k závažnosti protiprávního jednání, způsobenému následku, míře zavinění a okolnostem, za nichž k protiprávnímu jednání došlo.

(4) Pokutu vybírá a vymáhá správní úřad, který ji uložil, nebo obec, která ji uložila. Pokuta uložená ministerstvem je příjmem státního rozpočtu, pokuta uložená krajem je příjmem rozpočtu kraje, pokuta uložená obcí je příjmem rozpočtu obce. Při vybírání a vymáhání pokut se postupuje podle zvláštního právního předpisu.¹⁹⁾

(5) Jestliže protiprávní jednání uvedené v § 29 odst. 2 zakládá skutkovou podstatu protiprávního jednání podle jiného právního předpisu a příslušný správní úřad podle jiného právního předpisu řízení o uložení pokuty již zahájil, řízení o uložení pokuty podle tohoto zákona se zastaví.

Hlava IX

Společná a přechodná ustanovení

§ 31

Pokud se v tomto zákoně používá pojem "dárce" nebo "darování", nepoužijí se obecné právní předpisy upravující darování a náležitosti s tím související.²⁰⁾

§ 32

(1) Zdravotnická zařízení provádějící odběry a transplantace, transplantační centra, tkáňové banky a střediska pro vyhledávání dárců krevtovorných buněk a součásti národních

zdravotních registrů (§ 18) musí splnit podmínky stanovené tímto zákonem nejpozději do 2 let ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona.

(2) Ministerstvo uveřejní zřízení Národního registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů a způsob registrace občanů v tomto registru, a to způsobem, který zajistí, aby tyto skutečnosti vešly v co možná nejširší známost. Do doby zřízení registru se při zjišťování nesouhlasu s posmrtným odběrem postupuje podle dosavadních právních předpisů, s výjimkou případů, kdy občan svůj prokazatelný nesouhlas vyjádřil podle § 16 odst. 1 písm. b).

ČÁST DRUHÁ

Změna trestního zákona

§ 33

Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon, ve znění zákona č. 120/1962 Sb., zákona č. 53/1963 Sb., zákona č. 56/1965 Sb., zákona č. 81/1966 Sb., zákona č. 148/1969 Sb., zákona č. 45/1973 Sb., zákona č. 43/1980 Sb., zákonného opatření Předsednictva Federálního shromáždění č. 10/1989 Sb., zákona č. 159/1989 Sb., zákona č. 47/1990 Sb., zákona č. 84/1990 Sb., zákona č. 175/1990 Sb., zákona č. 457/1990 Sb., zákona č. 545/1990 Sb., zákona č. 490/1991 Sb., zákona č. 557/1991 Sb., nálezu Ústavního soudu České a Slovenské Federativní Republiky uveřejněného v částce 93/1992 Sb., zákona č. 290/1993 Sb., zákona č. 38/1994 Sb., nálezu Ústavního soudu č. 91/1994 Sb., zákona č. 152/1995 Sb., zákona č. 19/1997 Sb., nálezu Ústavního soudu č. 103/1997 Sb., zákona č. 253/1997 Sb., zákona č. 92/1998 Sb., zákona č. 112/1998 Sb., zákona č. 148/1998 Sb., zákona č. 167/1998 Sb., zákona č. 96/1999 Sb., zákona č. 191/1999 Sb., zákona č. 210/1999 Sb., zákona č. 223/1999 Sb., zákona č. 238/1999 Sb., zákona č. 305/1999 Sb., zákona č. 327/1999 Sb., zákona č. 360/1999 Sb., zákona č. 29/2000 Sb., zákona č. 101/2000 Sb., zákona č. 105/2000 Sb., zákona č. 121/2000 Sb., zákona č. 405/2000 Sb., zákona č. 120/2001 Sb., zákona č. 139/2001 Sb., zákona č. 144/2001 Sb., zákona č. 256/2001 Sb., zákona č. 265/2001 Sb., zákona č. 3/2002 Sb. a zákona č. 134/2002 Sb., se mění takto:

1. V § 167 odst. 1 se za slova "podílnictví podle § 251 odst. 3" vkládá čárka a slova "a § 251a odst. 3" se nahrazují slovy "legalizace výnosů z trestné činnosti podle § 252a odst. 3".
2. Za § 209 se vkládá nový § 209a, který včetně nadpisu a poznámky pod čarou č. 2a) zní:

"§ 209a

Nedovolené nakládání s tkáněmi a orgány

(1) Kdo v rozporu se zvláštním právním předpisem^{2a)} provede z těla mrtvého člověka odběr tkáně nebo orgánu, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta nebo zákazem činnosti.

(2) Stejně bude potrestán, kdo v úmyslu obohatit sebe nebo jiného nakládá s odebranou lidskou tkání nebo odebraným lidským orgánem v rozporu se zvláštním právním předpisem.^{2a)}

(3) Odnětím svobody na jeden rok až pět let bude pachatel potrestán,

a

spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 opětovně,

b

spáchá-li takový čin jako člen organizované skupiny, nebo

c

získá-li takovým činem značný prospěch.

(4) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán,

a

získá-li činem uvedeným v odstavci 1 nebo 2 prospěch velkého rozsahu, nebo

b

spáchá-li takový čin ve spojení s organizovanou skupinou působící ve více státech.

^{2a)} *Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon)."

ČÁST TŘETÍ

Změna zákona o veřejném zdravotním pojištění

§ 34

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 242/1997 Sb., zákona č. 2/1998 Sb., zákona č. 127/1998 Sb., zákona č. 225/1999 Sb., zákona č. 363/1999 Sb., zákona č. 18/2000 Sb., zákona č. 132/2000 Sb., zákona č. 155/2000 Sb., nálezu Ústavního soudu č. 167/2000 Sb., zákona č. 220/2000 Sb., zákona č. 258/2000 Sb., zákona č. 459/2000 Sb., zákona č. 176/2002 Sb. a zákona č. 198/2002 Sb., se mění takto:

1. V § 13 odst. 2 písmeno a) včetně poznámky pod čarou č. 23a) zní:

" léčebnou péčí ambulantní a ústavní (včetně diagnostické péče, rehabilitace, péče o

a chronicky nemocné a zdravotní péče o dárce tkání nebo orgánů související s jejich odběrem),^{23a)}

2

3 Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o
a změně některých zákonů (transplantační zákon).".

2. V § 13 odst. 2 se za písmeno d) vkládá nové písmeno e), které zní:

" odběr tkání nebo orgánů určených k transplantaci a nezbytné nakládání s nimi
e (uchovávání, skladování, zpracování a vyšetření),^{23a)}". Dosavadní písmena e) až j)
se označují jako písmena f) až k).

3. V § 13 odst. 2 se za písmeno i) vkládají nová písmena j) až l), která znějí:

" dopravu žijícího dárce do místa odběru a z tohoto místa, do místa poskytnutí
j zdravotní péče související s odběrem a z tohoto místa a náhradu cestovních
nákladů,

k dopravu zemřelého dárce do místa odběru a z tohoto místa,

l dopravu odebraných tkání a orgánů (§ 36 odst. 4).".

Dosavadní písmena j) a k) se označují jako písmena m) a n).

4. Za § 35 se vkládá nový § 35a, který včetně nadpisu zní:

"§ 35a

Transplantace tkání a orgánů

Zdravotní péči o živého dárce související s odběrem tkání a orgánů, odběr tkání a orgánů od žijícího nebo zemřelého dárce, nezbytné nakládání s odebranými tkáněmi a orgány a dopravu žijícího dárce nebo náhradu jeho cestovních nákladů a dopravu zemřelého dárce hradí zdravotní pojišťovna, jejímž pojištěncem je žijící dárce nebo jejímž pojištěncem byl zemřelý dárce.".

ČÁST ČTVRTÁ

Změna zákona o přestupcích

§ 35

Zákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích, ve znění zákona č. 337/1992 Sb., zákona č. 344/1992 Sb., zákona č. 359/1992 Sb., zákona č. 67/1993 Sb., zákona č. 290/1993 Sb., zákona č. 134/1994 Sb., zákona č. 82/1995 Sb., zákona č. 237/1995 Sb., zákona č. 279/1995 Sb.,

zákona č. 289/1995 Sb., zákona č. 112/1998 Sb., zákona č. 168/1999 Sb., zákona č. 360/1999 Sb., zákona č. 29/2000 Sb., zákona č. 121/2000 Sb., zákona č. 132/2000 Sb., zákona č. 151/2000 Sb., zákona č. 258/2000 Sb., zákona č. 361/2000 Sb., zákona č. 370/2000 Sb., nálezu Ústavního soudu č. 52/2001 Sb., zákona č. 164/2001 Sb., zákona č. 254/2001 Sb., zákona č. 265/2001 Sb., zákona č. 273/2001 Sb., zákona č. 274/2001 Sb., zákona č. 312/2001 Sb., zákona č. 6/2002 Sb., zákona č. 62/2002 Sb., zákona č. 78/2002 Sb. a zákona č. 216/2002 Sb., se mění takto:

1. V § 29 odst. 1 se na konci písmene j) tečka nahrazuje čárkou a doplňují se písmena k) až m), která včetně poznámek pod čarou č. 3m) a 3n) znějí:

"
k poruší v rozporu se zvláštním právním předpisem^{3m)} zákaz inzerování a reklamy za účelem poptávky nebo nabídky tkání a orgánů,

l za účelem získání dárce tkáně nebo orgánu pro transplantaci nabídne finanční odměnu nebo jinou výhodu,

m poruší v rozporu se zvláštním právním předpisem³ⁿ⁾ anonymitu mezi dárce tkáně nebo orgánu a jeho příjemcem.

3
m § 28 zákona č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon).

3
" § 20 zákona č. 285/2002 Sb."

2. V § 29 odstavec 2 zní:

"(2) Za přešupek podle odstavce 1 písm. a) až j) a písmene l) lze uložit pokutu až do výše 10 000 Kč a za přešupek podle písmene k) lze uložit pokutu až do výše 50 000 Kč. Zákaz činnosti do 1 roku lze uložit za přešupek podle odstavce 1 písm. k) a l)."

ČÁST PÁTÁ

Změna zákona o péči o zdraví lidu

§ 36

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění zákona č. 210/1990 Sb., zákona č. 425/1990 Sb., zákona č. 548/1991 Sb., zákona č. 550/1991 Sb., zákona č. 590/1992 Sb., zákona č. 15/1993 Sb., zákona č. 161/1993 Sb., zákona č. 307/1993 Sb., zákona č. 60/1995

Sb., zákona č. 14/1997 Sb., zákona č. 206/1996 Sb., zákona č. 79/1997 Sb., zákona č. 110/1997 Sb., zákona č. 83/1998 Sb., zákona č. 167/1998 Sb., zákona č. 71/2000 Sb., zákona č. 123/2000 Sb., zákona č. 132/2000 Sb., zákona č. 149/2000 Sb., zákona č. 258/2000 Sb., zákona č. 164/2001 Sb. a zákona č. 260/2001 Sb., se mění takto:

1. V § 17 odst. 2 se slova "léčebných a ortopedických pomůcek a jiných zdravotnických potřeb" nahrazují slovy "zdravotnických prostředků".

2. § 26 včetně nadpisu a poznámek pod čarou č. 5a) až 5d) zní:

"§ 26

Odnímání částí lidského těla

v souvislosti s léčebně preventivní péčí,

lékařskou vědou, výzkumem a výukovými účely,

odběr krve, tkání a orgánů

- (1) Odběr krve a odnámání částí lidských těl provádějí a organizují zdravotnická zařízení, a to pouze pro potřeby léčebně preventivní péče a lékařské vědy, výzkumu a k výukovým účelům. Použít tělo zemřelého nebo jeho část lze pouze za podmínek stanovených tímto zákonem. Při odběru a darování tkání a orgánů pro účely transplantací se postupuje podle zvláštního právního předpisu upravujícího darování, odběr a transplantace tkání a orgánů.^{5a)}
- (2) Odběr krve může být proveden se souhlasem dárce a nesmí ohrožovat jeho zdravotní stav a musí být proveden takovým způsobem, který neohrozí zdraví jiného člověka.
- (3) Odběr tkáně nebo krve pro diagnostické účely lze z těla zemřelého provést pouze v nezbytně nutné míře a při zachování piety.
- (4) Pokud byla v souvislosti s léčebně preventivní péčí pacientovi odebrána jakákoliv část jeho těla, lze ji uchovat a použít (dále jen "část těla pacienta")

a pro potřeby lékařské vědy, výzkumu nebo k výukovým účelům,

b pro výrobu zdravotnických prostředků podle zvláštního právního předpisu,^{5b)}

c pro výrobu nebo přípravu léčiv podle zvláštního právního předpisu,^{5c)} nebo

d pro výrobu bioimplantátů; bioimplantátem se rozumí tkáň lidského původu, ve které po jejím zpracování nelze prokázat přítomnost živých buněk; bioimplantátem není tkáň lidského původu zpracovaná prostým zmrazením a určená pro potřeby transplantací podle zvláštního právního předpisu,^{5a)}

(dále jen "lékařské potřeby"), a to pouze pokud byla pacientovi o možnosti jejího uchování a použití pro lékařské potřeby podána ošetřujícím lékařem informace a pacient s tím vyslovil prokazatelný písemný souhlas.

(5) Použít tělo zemřelého lze jen pro lékařské potřeby, a to pouze pokud s tím zemřelý za svého života vyslovil prokazatelný písemný souhlas; v případě, že zemřelý za svého života nevyjádřil prokazatelně svou vůli, může prokazatelný

a písemný souhlas s použitím těla zemřelého vyslovit osoba blízká zemřelému; pokud zdravotnické zařízení vyslovení souhlasu zemřelého nezjistí nebo osoba blízká zemřelému tento souhlas nevysloví, nelze pro lékařské potřeby tělo zemřelého použít,

b nevzniklo podezření, že příčinou smrti je přenosná nemoc,

c se nejedná o zemřelého ve výkonu vazby nebo trestu odnětí svobody,

d nebude zmařen účel pitvy, a to zejména v případech, kdy vzniklo podezření, že příčinou úmrtí je trestný čin nebo sebevražda.

(6) Pro lékařské potřeby je možné část těla pacienta použít nebo tělo zemřelého uchovat a použít anebo použít tělo zemřelého, pouze pokud to lze provést takovým způsobem, který neohrozí zdraví jiného člověka. Za tím účelem se posoudí zdravotní způsobilost pacienta nebo zemřelého. Pro posouzení zdravotní způsobilosti se provedou taková lékařská vyšetření a postupy, které zhodnotí zdravotní stav pacienta nebo zemřelého, a stanoví takové postupy, které vyloučí rizika pro zdraví osob při použití části těla pacienta nebo těla zemřelého. Za posouzení zdravotní způsobilosti odpovídá zdravotnické zařízení, které provedlo odběr nebo v němž vznikly podmínky pro použití těla zemřelého. Před použitím části těla pacienta nebo těla zemřelého musí být prokázáno, že byla posouzena zdravotní způsobilost pacienta nebo zemřelého. Zdravotnická dokumentace obsahující údaje o zdravotním stavu pacienta nebo zemřelého musí být vedena tak, aby byla zachována jeho anonymita, a musí být dohledatelná.

(7) Záznam o podání informace podle odstavce 4, prokazatelný písemný souhlas, popřípadě nesouhlas pacienta, nebo záznam o zjištění prokazatelného písemného souhlasu, popřípadě nesouhlasu zemřelého anebo osoby blízké, je součástí zdravotnické dokumentace pacienta nebo zemřelého. Součástí zdravotnické dokumentace pacienta nebo zemřelého je rovněž záznam o použití části těla pacienta nebo záznam o použití těla zemřelého. Prokazatelným vyjádřením písemného souhlasu se rozumí

- a předložení písemného souhlasu pacienta nebo zemřelého nebo osoby blízké zemřelému s jejich úředně ověřeným podpisem,
předložení písemného souhlasu pacienta nebo osoby blízké zemřelému
- b vysloveného ve zdravotnickém zařízení podepsaného pacientem, svědkem určeným pacientem a ošetřujícím lékařem nebo osobou blízkou zemřelému a lékařem zdravotnického zařízení uvedeného v odstavci 6, nebo vyslovení souhlasu pacienta ve zdravotnickém zařízení do záznamu o zjištění prokazatelného písemného souhlasu; takto vyslovený souhlas podepíše pacient, svědek určený pacientem a ošetřující lékař; pokud pacient s ohledem na svůj
- c zdravotní stav nemůže záznam podepsat, popřípadě určit svědka, stvrdí jeho nepochybný projev vůle svým podpisem ošetřující lékař a další svědek, který není zdravotnickým pracovníkem; v záznamu se uvede způsob, jakým pacient svou vůli projevil, a zdravotní důvody bránící podpisu pacienta nebo určení svědka.

(8) Zdravotnické zařízení uvedené v odstavci 6 je povinno

hlásit pacienty, jejichž část těla má být použita pro výrobu bioimplantátu, a zemřelé, jejichž tělo má být použito pro výrobu bioimplantátu, do Národního registru dárců tkání a orgánů zřízeného podle zvláštního právního předpisu,^{5a)} a to nezbytné identifikační údaje pacienta a zemřelého, údaje o odebraných částech těla a údaje o jejich předání nemocnici se sídlem v České republice, jejíž součástí je tkáňová banka zřízená podle zvláštního právního předpisu^{5a)} (dále jen "tkáňová banka"),

b předávat odebrané části těla pacienta nebo tělo zemřelého určené k výrobě bioimplantátů pouze tkáňové bance.

(9) Tkáňová banka hlásí do Národního registru dárců tkání a orgánů identifikační údaje bioimplantátů, které byly vyrobeny z části těla pacienta nebo z těla zemřelého.

(10) Použití částí těla pacienta a použití těla zemřelého nemůže být zdrojem finančního prospěchu nebo jiných výhod pro pacienta nebo zemřelého za jeho života nebo fyzických nebo právnických osob po jeho úmrtí; rovněž nemůže být zdrojem finančního prospěchu nebo jiných výhod pro zdravotnické zařízení. To nebrání poskytnutí úhrady nákladů vzniklých v souvislosti s nakládáním s odebranou částí těla nebo tělem zemřelého, to je zejména s uchováváním, skladováním a zpracováním odebrané části těla pacienta nebo těla zemřelého.

(11) Pokud je pacient nebo pokud byl zemřelý za svého života nezletilou osobou, osobou s omezenou způsobilostí k právním úkonům nebo osobou zbavenou způsobilosti k právním

úkonům v plném rozsahu, činí za něho úkony podle odstavců 4, 5 a 7 jeho zákonný zástupce. Zákonnému zástupci se poskytne rovněž informace podle odstavce 4. Pokud je pacient uvedený ve větě první schopný v dostatečné míře porozumět důvodům použití odebrané části jeho těla, je nutné poskytnout i jemu informaci podle odstavce 4. Vyslovený souhlas nebo nesouhlas tohoto pacienta je třeba respektovat.

(12) Při nakládání s plodem po potratu a dále s plodovým vejcem bez obalu, plodovým lůžkem (placentou) nebo těhotenskou sliznicí, které byly vyňaty nebo vypuzeny z těla ženy (dále jen "plodové vejce, lůžko nebo těhotenská sliznice"), se pro lékařské potřeby obdobně použijí ustanovení odstavce 4 až 11. Plodem po potratu se rozumí plod, který po úplném vypuzení nebo vynětí z těla matčina

- a neprojevuje ani jednu ze známek života a jeho porodní hmotnost je nižší než 1 000 g, a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 28 týdnů, nebo
- b projevuje alespoň jednu ze známek života, má porodní hmotnost nižší než 500 g, ale nepřežije 24 hodiny po porodu.

(13) Části lidského těla odebrané v souvislosti s léčebně preventivní péčí, části těla zemřelého, plod po potratu, plodové vejce, lůžko nebo těhotenská sliznice, které se nepoužijí pro lékařské potřeby, a to jen není-li podezření na trestný čin nebo sebevraždu, se zpopelňují ve spalovně zdravotnického zařízení nebo v krematoriu^{5d)} na základě dohody mezi zdravotnickým zařízením a provozovatelem krematoria. Záznam o zpopelnění části lidského těla, plodu po potratu, plodového vejce, lůžka nebo těhotenské sliznice se zakládá do zdravotnické dokumentace pacienta, v případě plodu do zdravotnické dokumentace matky.

(14) Ministerstvo zdravotnictví může stanovit vyhláškou

- a podrobnosti o odběru tkání a krve z těla zemřelého pro diagnostické účely,
- b podrobnosti o použití částí těla pacienta nebo těla zemřelého pro lékařské potřeby,
- c podrobnosti o vyslovení souhlasu zemřelého nebo osoby blízké s použitím těla zemřelého pro lékařské potřeby,
- d bližší podmínky posuzování zdravotní způsobilosti pacienta nebo zemřelého a rozsah jejich lékařských vyšetření pro účely použití částí těla pacienta nebo těla zemřelého pro lékařské potřeby.

5

a Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon).

5

b Zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů.

Zákon č. 22/1997 Sb., o technických požadavcích na výrobky a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 71/2000 Sb.

5

c Zákon č. 79/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

5

d Zákon č. 256/2001 Sb., o pohřbnictví a o změně některých zákonů, ve znění zákona č. 479/2001 Sb."

3. Za § 26 se vkládá nový § 26a, který zní:

"§ 26a

(1) Tkáňová banka může předávat odebrané části lidských těl k výrobě bioimplantátů do zahraničí, a to na základě souhlasu uděleného ministerstvem zdravotnictví. Podrobnosti o předávání odebraných částí těl k výrobě bioimplantátů do zahraničí, náležitosti žádosti o udělení souhlasu k předávání odebraných částí těl k výrobě bioimplantátů do zahraničí stanoví ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

(2) Tkáňová banka hlásí předání odebraných částí lidských těl k výrobě bioimplantátů do zahraničí do Národního registru dárců tkání a orgánů."

4. § 28 zní:

"§ 28

(1) U zemřelých osob se zpravidla provádí zdravotní pitva. Pitva se provádí povinně nebo na základě určení prohlížejícím lékařem nebo vedoucím zdravotnického zařízení, a to v případech a za účelem stanoveným vyhláškou (§ 28a), popřípadě podle rozhodnutí orgánu ochrany veřejného zdraví. Na těle zemřelého lze provádět při zachování zásad piety tyto úkony:

a

odnímání částí lidských těl podle § 26,

b

úkony stanovené vyhláškou (§ 28a),

c odběr tkání a orgánů podle zvláštního právního předpisu,^{5a)}

d další úkony stanovené zvláštním právním předpisem.^{5d)}

(2) Soudní pitva se provádí za podmínek stanovených zvláštními právními předpisy."

5. Za § 28 se vkládá nový § 28a, který zní:

"§ 28a

Ministerstvo zdravotnictví stanoví vyhláškou

podrobnosti postupu při úmrtí a provádění pitev, včetně stanovení účelu pitvy,

a zdravotnického zařízení, popřípadě lékaře provádějícího prohlídku zemřelého nebo pitvu, dále úkony na těle zemřelého a rozsah a místa určení podávání informací a povinných hlášení o úmrtí, výsledku prohlídky zemřelého a provedení pitvy,

b podrobnosti o rozsahu a obsahu povinně uváděných údajů do Národního registru dárců tkání a orgánů v případě použití odebraných částí těla pacienta nebo těla zemřelého pro výrobu bioimplantátů."

6. V § 37 se slova "prostředky zdravotnické techniky" nahrazují slovy "zdravotnické prostředky" a slova "prostředků zdravotnické techniky" nahrazují slovy "těchto prostředků".

7. V § 39 se doplňuje odstavec 3, který zní:

"(3) Zdravotnická zařízení jsou povinna uzavřít pojistnou smlouvu o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Toto pojištění musí trvat po celou dobu, po kterou zdravotnické zařízení poskytuje zdravotní péči."

8. V § 67b odst. 10 se na konci písmene j) doplňují slova "nebo sledování a vyhodnocování kvality poskytované zdravotní péče".

9. V § 67b se za odstavec 13 vkládají nové odstavce 14 až 18, které včetně poznámky pod čarou č. 11g) znějí:

"(14) Při zrušení registrace nestátního zdravotnického zařízení^{11g)} nebo zániku nestátního zdravotnického zařízení úmrtím zdravotnického pracovníka poskytujícího zdravotní péči vlastním jménem, je provozovatel zdravotnického zařízení, kterému byla zrušena registrace, nebo ten, kdo žil se zemřelým zdravotnickým pracovníkem poskytujícím zdravotní péči vlastním jménem ve společné domácnosti, povinen správnímu úřadu, který vydal rozhodnutí o registraci zdravotnického zařízení,^{11g)} oznámit do 15 dnů ode dne

zrušení registrace nebo úmrtí zdravotnického pracovníka poskytujícího zdravotní péči vlastním jménem tuto skutečnost a zajistit zdravotnickou dokumentaci tak, aby byla chráněna před nahlížením nebo jiným nakládáním neoprávněnými osobami a ztrátou. Povinnost podle předcházející věty má i ten, kdo přišel se zdravotnickou dokumentací jako první do styku.

(15) Osoby uvedené v odstavci 14

- a nejsou oprávněny nahlížet do zdravotnické dokumentace,
- b jsou povinny zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, které se dozvěděly o pacientech, o jejichž zdravotním stavu je vedena zdravotnická dokumentace, a jiných skutečnostech souvisejících s poskytováním zdravotní péče.

(16) Správní úřad, který vydal rozhodnutí o registraci zdravotnického zařízení,^{11g)} na základě oznámení učiněného podle odstavce 14

- a neprodleně převezme zdravotnickou dokumentaci a zajistí ji tak, aby byla chráněna před nahlížením nebo jiným nakládáním neoprávněnými osobami a ztrátou,
- b oznámí převzetí zdravotnické dokumentace podle písmene a) způsobem v místě obvyklém tak, aby byla zajištěna v co možná nejširším rozsahu informovanost pacientů, o nichž je zdravotnická dokumentace vedena, do doby provedení nové volby zdravotnického zařízení pacienty, o nichž je zdravotnická dokumentace vedena, zajistí předávání potřebných výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace pro zajištění návaznosti zdravotní péče o tyto pacienty; tyto činnosti může vykonávat pouze odborně způsobilý zdravotnický pracovník; to platí i pro vydávání potřebných výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace pro zajištění návaznosti zdravotní péče nebo předání zdravotnické dokumentace nově zvolenému zdravotnickému zařízení před převzetím zdravotnické dokumentace správním úřadem podle písmene a),
- d neprodleně předá zdravotnickou dokumentaci na základě oznámení pacienta, o němž je tato zdravotnická dokumentace vedena, nebo na základě vyžádání nově zvoleného zdravotnického zařízení tomuto zařízení.

(17) K zajištění povinností podle odstavce 16 písm. a) a c) jsou pověřeni zaměstnanci správního úřadu oprávněni vstupovat do objektů zdravotnických zařízení uvedených v odstavci 14. Pověřeni zaměstnanci jsou povinni chránit údaje ze zdravotnické dokumentace

před zneužitím nebo ztrátou, nejsou oprávněni sami do zdravotnické dokumentace nahlížet. Ustanovení o povinnosti mlčenlivosti nejsou dotčena.

(18) Zřizovatel státního zdravotnického zařízení, který rozhodl o jeho zrušení a nepřevodil práva a závazky zrušeného zdravotnického zařízení na jiné jím zřízené zdravotnické zařízení, plní úkoly správního úřadu stanovené v odstavci 16 písm. a) až d), pokud plněním těchto úkolů nepověřil jiné zdravotnické zařízení jím zřízené. Ustanovení odstavce 17 se použije obdobně.

1

1 Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních,
g ve znění pozdějších předpisů." Dosavadní odstavec 14 se označuje jako odstavec 19.

10. V § 67b odstavec 19 včetně poznámky pod čarou č. 11h) zní:

"(19) Uchovávání a skartace zdravotnické dokumentace se řídí zvláštním právním předpisem.^{11h)} Náležitosti a obsah zdravotnické dokumentace včetně vzorů jejích součástí, vzorů tiskopisů, povinných hlášení, a podrobnosti o způsobu vedení, zpracování a zacházení se zdravotnickou dokumentací v písemné a elektronické formě, skartační řád, jehož součástí je skartační plán, stanoví ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

1

1 Zákon č. 97/1974 Sb., o archivnictví, ve znění pozdějších předpisů." Dosavadní
h poznámky pod čarou č. 11h) a 11i) se označují jako poznámky pod čarou č. 11i) a 11j).

11. § 67c a 67d včetně nadpisů a poznámek pod čarou č. 11i) a 11j) znějí:

"§ 67c

Národní zdravotnický informační systém

(1) NZIS je jednotný celostátní informační systém určený

a ke sběru a zpracování informací o zdravotním stavu obyvatelstva, o zdravotnických zařízeních, jejich činnosti a ekonomice za účelem usměrňování poskytování zdravotní péče, stanovení koncepce státní zdravotní politiky, k využití informací v rámci zdravotnického výzkumu, pro řízení zdravotnictví a pro státní statistiku,

(2) Zdravotnická zařízení poskytují informace podle odstavce 1 písm. a), pokud je neposkytují podle zvláštního právního předpisu,¹¹ⁱ⁾ v rozsahu a způsobem, který stanoví ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

(3) Plnění úkolů NZIS zajišťuje Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (dále jen "Statistický ústav") zřízený ministerstvem zdravotnictví. Statistický ústav při nakládání s osobními údaji plní úkoly správce a zpracovatele,^{11j)} pokud tento zákon nebo zvláštní právní předpis^{5a)} nestanoví jinak nebo pokud Statistický ústav zpracováním osobních údajů nepověří podle zvláštního právního předpisu^{11b)} jiného zpracovatele.

§ 67d

Registry

(1) Součástí NZIS jsou registry určené zejména pro evidenci a sledování pacientů s vybranými společensky závažnými onemocněními a chorobnými stavy sloužící pro diagnostické a léčebné účely a sledování vývoje, příčin a důsledků těchto onemocnění a stavů a další registry, které jako součást NZIS stanoví zvláštní právní předpis.^{5a)}

(2) Registry zřizuje a zrušuje ministerstvo zdravotnictví, které současně stanoví věcné a technické podmínky pro jejich provozování a dále stanoví pro jednotlivé registry jejich zpracovatele, pokud zpracovatel není stanoven zvláštním právním předpisem.^{5a)} Úkoly související s provozem registrů plní Koordinační středisko pro resortní zdravotnické informační systémy zřízené ministerstvem zdravotnictví. Informace o zřízení registrů obsahující uvedené údaje se uveřejňuje ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví.

(3) Přístup k údajům registrů, jejich vedení, shromažďování údajů a nakládání s nimi se řídí zvláštním právním předpisem.^{11b)}

l

l

i

Zákon č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů.

l

l

j

§ 4 písm. j) a k) zákona č. 101/2000 Sb."

12. V § 70 se za odstavec 1 vkládají nové odstavce 2 až 4, které včetně poznámky pod čarou č. 12) znějí:

"(2) Ministerstvo zdravotnictví

- a podle zvláštního právního předpisu^{5a)} uděluje souhlas se zřízením transplantačního centra, tkáňové banky a dále střediska pro vyhledávání dárců krvetvorných buněk,
- b uděluje souhlas k předávání částí lidských těl do zahraničí k výrobě bioimplantátů.

(3) Ministerstvo zdravotnictví vykonává kontrolu¹²⁾ nad zařízeními uvedenými v odstavci 2 písm. a).

(4) Podle odstavce 3 se postupuje též v případech, kdy byla zařízení uvedená v odstavci 2 písm. a) zřízena před nabytím účinnosti tohoto zákona.

1

- 2 Zákon č. 552/1991 Sb., o státní kontrole, ve znění pozdějších předpisů." Dosavadní odstavce 2 a 3 se označují jako odstavce 5 a 6.

13. V § 77 odstavce 1 až 5 znějí:

"§ 77

(1) Zdravotnická zařízení vydávají prostřednictvím lékařů nebo klinických psychologů při výkonu zdravotní péče, a to na základě posouzení zdravotního stavu pacienta, lékařské posudky. Zdravotnické zařízení předá lékařský posudek pacientovi prokazatelným způsobem. Pokud je vydán zdravotnickým zařízením lékařský posudek pro stejný účel jako předcházející lékařský posudek, pozbývá tento lékařský posudek dnem platnosti nového posudku svou platnost.

(2) Má-li pacient, k jehož zdravotnímu stavu byl lékařský posudek vydán, nebo osoby, pro které v souvislosti s vydáním tohoto posudku vyplývají povinnosti, za to, že lékařský posudek je nesprávný, mohou podat návrh na přezkoumání lékařského posudku vedoucímu zdravotnického zařízení, a to prostřednictvím lékaře nebo klinického psychologa, který posudek vypracoval. Ve zdravotnickém zařízení provozovaném lékařem nebo klinickým psychologem, kteří poskytují zdravotní péči vlastním jménem, se návrh podle předcházející věty podává tomuto lékaři nebo klinickému psychologovi.

(3) Návrh na přezkoumání lékařského posudku podle odstavce 2 lze podat do 15 dnů ode dne jeho prokazatelného obdržení, ve věcech dočasné pracovní neschopnosti do tří dnů.

(4) Pokud nebyl podán návrh na přezkoumání, je lékařský posudek platný ode dne jeho prokazatelného předání pacientovi.

(5) Pokud vedoucí zdravotnického zařízení nebo lékař nebo klinický psycholog uvedený v odstavci 2 větě poslední návrhu na přezkoumání lékařského posudku nevyhoví, postoupí návrh jako odvolání do 30 dnů od jeho doručení, ve věcech pracovní neschopnosti do pěti dnů, správnímu úřadu, který vydal rozhodnutí o registraci tohoto zdravotnického zařízení nebo je zřizovatelem tohoto zdravotnického zařízení."

14. Za § 77 se vkládají nové § 77a a 77b, které znějí:

"§ 77a

(1) Správní úřad, kterému bylo podle § 77 odst. 5 postoupeno odvolání proti lékařskému posudku,

- a odvolání zamítne a napadený lékařský posudek potvrdí, nebo
- b napadený lékařský posudek zruší a vrátí věc zdravotnickému zařízení, které tento posudek vydalo, k vydání nového lékařského posudku na základě nového, popřípadě doplňujícího posouzení zdravotního stavu pacienta.

(2) Proti rozhodnutí správního úřadu vydaného podle odstavce 1 se nelze odvolat.

§ 77b

Pokud tento zákon nestanoví jinak, vztahují se na postupy podle § 77a ustanovení správního řádu.¹³⁾"

ČÁST ŠESTÁ

Změna zákona o zdravotní péči
v nestátních zdravotnických zařízeních

§ 37

Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění zákona č. 161/1993 Sb. a zákona č. 258 /2000 Sb., se mění takto:

1. V § 10 odst. 3 se za písmeno b) vkládá nové písmeno c), které včetně poznámky pod čarou č. 9a) zní:

- c souhlas Ministerstva zdravotnictví, jde-li o zřízení transplantačního centra, tkáňové banky a střediska pro vyhledávání dárců krvinečných buněk,^{9a)}

- a § 70 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon). "Dosavadní písmena c) až i) se označují jako písmena d) až j).

2. V § 12 odst. 2 se slova "d), e), f) a g)" nahrazují slovy "c), e), f), g) a h)".

3. V § 18 se slova "b), e), f) a g)" nahrazují slovy "b), f), g) a h)".

ČÁST SEDMÁ

Změna zákona o České lékařské komoře,

České stomatologické komoře

a České lékárnické komoře

§ 38

V zákoně č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, ve znění zákona č. 160/1992 Sb., v § 2 odst. 1 písmeno c) zní:

c posuzují a hájí práva a profesní zájmy svých členů,".

ČÁST OSMÁ, Účinnost

§ 39

Tento zákon nabývá účinnosti dnem 1. září 2002, s výjimkou části páté bodů 3 a 5, které nabývají účinnosti dnem 1. března 2003.

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 20/1966 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 79/1997 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

§ 116 a 117 občanského zákoníku.

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících předpisů, ve znění pozdějších předpisů.

§ 8 občanského zákoníku.

§ 10 občanského zákoníku.

§ 124 odst. 2 a § 275 zákoníku práce.

Například § 31 a 35a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, § 22 zákona č. 20/1966 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

§ 28 zákona č. 20/1966 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 19/1988 Sb., o postupu při úmrtí a pohřbnictví, ve znění zákona č. 256/2001 Sb.

§ 105 a 115 trestního řádu.

§ 67c, 67d zákona č. 20/1966 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

§ 39 zákona č. 20/1966 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů.

Například zákon č. 20/1966 Sb., ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 160/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o pojišťovnictví), ve znění pozdějších předpisů.

§ 70 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 394/1991 Sb., o postavení, organizaci a činnosti fakultních nemocnic a dalších nemocnic, vybraných odborných léčebných ústavů a krajských hygienických stanic v řídicí působnosti Ministerstva zdravotnictví České republiky.

Zákon č. 337/1992 Sb., o správě daní a poplatků, ve znění pozdějších předpisů.