

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
Katolická teologická fakulta
Katedra teologické etiky a spirituální teologie

MUDr. Mgr. Jaromír Matějka, Ph.D.

Etické aspekty tzv. dříve projevených přání pacientů

Rigorózní práce

Vedoucí práce: prof. Dr. Albert-Peter Rethmann

PRAHA 2009

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci vypracoval samostatně a v seznamu literatury uvedl veškeré informační zdroje, které jsem použil.

V Praze dne 6. ledna 2009

Obsah

Obsah.....	3
1. Úvod.....	6
2. Analýza situace v České republice.....	10
2.1 Terminologie užívaná v České republice.....	10
2.2 Vnímání a řešení problému v právní oblasti.....	12
2.3 Vnímání a řešení problému v etické oblasti.....	15
3. Analýza situace ve Spolkové republice Německo.....	19
3.1 Terminologie užívaná v Německu.....	19
3.2 Vnímání a řešení problému v právní oblasti.....	20
3.2.1 Ústavněprávní zakotvení.....	21
3.2.2 Civilněprávní zakotvení.....	21
3.2.2 Důležitá soudní rozhodnutí.....	22
1. Krefeldský rozsudek.....	22
2. Rozsudek Zemského soudu Ravensburg z 3. 12. 1986.....	24
3. Kemptenský rozsudek.....	26
4. Rozsudek 3. komory prvního senátu Ústavního soudu z 2. 8. 2001,.....	28
5. Schleswigský rozsudek z 17. 3. 2003.....	29
6. Rozsudek Vrchního zemského soudu v Mnichově,.....	31
7. Shrnutí soudních rozhodnutí.....	33
3.3 Vnímání a řešení problému v etické oblasti.....	35
3.3.1 Zásady lékařského doprovázení ke smrti Německé lékařské komory.....	35
1. Preambule.....	35
2. Lékařské povinnosti vůči umírajícím.....	36
3. Postup u pacientů s infaustní prognózou.....	37
4. Péče o pacienty s nejtěžšími cerebrálními postiženími a trvajícím bezvědomí.....	37
5. Zjišťování pacientovy vůle.....	38
6. Definice „Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen“.....	38
7. Shrnutí.....	39

3.3.2 Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících	40
Shrnutí	44
3.3.3. Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin. Patientenverfügungen.....	45
1. Obtížná předvídatelnost budoucí situace	46
2. Absence přímé komunikace mezi lékařem a pacientem.....	46
3. Konkrétní rozhodnutí a absence jeho vývoje	47
4. Proměna hodnot, postojů a rozhodnutí v různých životních fázích ...	48
5. „Patientenverfügung“ jako otevřené dveře eutanázii	49
6. „Patientenverfügung“ u pacientů, kteří nejsou přímo ve fázi umírání	49
7. Shrnutí	50
3.3.4 Dokument Německé biskupské konference a Rady evangelických církví „Doprovázení ke smrti místo aktivní eutanázie“	51
1. Právo na život a eutanázie.....	52
2. Bůh je přítelem života. Výzvy a úkoly v ochraně života.....	54
3. Katechismus katolické církve.....	56
4. Katolický katechismus pro dospělé, druhý díl, „Život z víry“	58
5. I v umírání obklopeni životem	60
6. Důstojně umírat, v naději žít	62
7. Christliche Patientenverfügung	65
8. Prohlášení 9. synody Evangelických církví v Německu.....	65
3.3.5 „Christliche Patientenverfügung“	65
1. Úvod	66
2. Co dělat?	67
3. Vysvětlivky k formuláři.....	68
4. Shrnutí.....	72
4. Identifikace hlavních etických problémů	73
4.1 Identifikace etické problematiky v některých českých právních dokumentech	73
4.2 Identifikace etické problematiky v některých českých etických textech ..	75
4.3 Identifikace etické problematiky v právní oblasti Spolkové republiky	

Německo	76
4.3.1 Etická a právní východiska ve „Zwischenbericht“	76
4.3.2 Etická problematika vyplývající z některých soudních rozhodnutí ...	77
4.4 Identifikace etické problematiky v některých německých etických textech	78
4.4.1 Zásady lékařského doprovázení umírajících Německé lékařské komory	78
4.4.2 Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících	78
4.4.3 Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin. Patientenverfügungen.....	79
4.4.4 Etická problematika vyplývající z dokumentů Německé biskupské konference a Rady evangelických církví Německa	79
4.4.5 Christliche Patientenverfügung.....	81
5. Některé etické otázky vyplývající z předchozích textů, jejich systematizace a pokus o určení východisek k jejich řešení.	82
5.1 „Dříve projevená přání“ a autonomie pacienta a lékaře	83
5.2 Problematika interpretace pacientova prohlášení	84
5.3 „Dříve projevená přání“ v kontextu diskuze o konci života a eutanázii....	87
5.4 Shrnutí	87
6. Dříve projevená přání pacienta z pohledu autonomní etiky Alfonse Auera	88
7. Závěr.....	102
Seznam zkratk	107
Anotace.....	108
Cizojazyčné resumé	109
Seznam literatury	112

1. Úvod

Důvodem vzniku této rigorózní práce jsou etické problémy, které přinášejí existence fenoménu tzv. „*dříve projevených přání*“.

Cílem práce je identifikace těchto problémů ve vybraných etických textech, jejich systematizace a návrh východisek řešení.

Metodologicky se budu nejprve zabývat situací v České republice.

Zpočátku se zaměřím na vstup fenoménu tzv. „*dříve projevených přání*“ do českého právního prostředí. Ratifikací „*Úmluvy o lidských právech a biomedicíně*“ vstoupil fenomén tzv. „*dříve projevených přání*“ do českého právního prostředí, ovšem s tím, že problémy, které tento vstup přináší, nejsou nijak řešeny, a tak paradoxně vzniklo více problémů, než kolik jich mělo být řešeno. Neexistuje také žádná konkrétnější právní úprava. Řešení obsažené v „*Návrhu zákona o zdravotních službách*“ není veřejně diskutováno“.

Poté budu sledovat recepci problematiky tzv. „*dříve projevených přání*“ v českých etických textech. Budu hledat, nakolik je problematika již reflektována a na jaké etické problémy upozorňuje.

Pak se budu zabývat situací v Německu. Důvodů, pro které jsem si vybral právě německou etickou a právní scénu, je několik. Německo prošlo v novodobé historii specifickou zkušeností, a zřejmě proto se tamní diskuze vyznačuje obecně citlivějším přístupem k etickým otázkám. Navíc, co se týče fenoménu tzv. „*dříve projevených přání*“, je v Německu podobná situace jako v České republice. Také Německo reflektuje existenci „*Úmluvy o lidských právech a biomedicíně*“ a diskutuje o tom, zdali problematiku tzv. „*dříve projevených přání*“ kodifikovat zákonem. V této souvislosti se pochopitelně na různých úrovních diskutují také etické problémy, které tento fenomén přinesl. Proto předpokládám, že bude možné se z německé diskuze o těchto problémech poučit, identifikovat je a pokusit se o jejich řešení. Následně provedu výběr textů, kde očekávám vnímání etických problémů a jejich reflexi. Vyberu texty společensky významných institucí, které se problematikou komplexně zabývají. Tam lze očekávat systematickou reflexi problémů. Jejich řešením lze přispět ke zlepšení situace i v ČR. Podobně jako v české části práce rozdělím tuto část práce na oblast na právní a etickou.

V právní oblasti jsou těmito institucemi soudy jako instituce, které právo interpretují. Bude vhodné uvést několik kazuistik, aby se na nich prezentovaly některé problémy, způsob jejich řešení a odůvodnění těchto řešení. Institucí odrážející diskuzi v zákonodárném sboru je pochopitelně německý Spolkový sněm. Není účelem této práce detailně sledovat a reflektovat veškerou tamní diskuzi. Zaměřím se pouze na právní část *„Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin. Patientenverfügungen“*¹.

V oblasti lékařské etiky nelze pominout text Německé lékařské komory *„Zásady lékařského doprovázení umírajících“*. Od tohoto textu očekávám vnímání všech zásadních problémů a jejich systematickou analýzu. Dalším dokumentem, kde očekávám vnímání a řešení problému tzv. *„dříve projevených přání“* je prohlášení Parlamentního shromáždění Rady Evropy *„Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících“*. Tento dokument nevznikl v německém prostředí. Německou diskuzi však ovlivňuje a problémy autonomie umírajících vnímá velmi komplexně a citlivě. Dalším textem, na kterém se lze poučit o vnímání etické stránky problému v prostředí německého zákonodárství, je etická část výše zmíněné *„Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin. Patientenverfügungen“*. Německá biskupská konference a Rada evangelických církví Německa přispěly do diskuze sborníkem dokumentů *„Doprovázení ke smrti místo aktivní eutanázie“*. Texty tohoto sborníku se vyjadřují detailně o problematice smrti a umírání. Jedním z textů je i text *„Christliche Patientenverfügung“*. Pokud se členové těchto církví chtějí vyjádřit k péči o svou osobu, je jim nabízen tento formulář pro případ, kdy již vlastního vyjádření nebudou schopni. Bude proto zajímavé ho detailněji rozebrat.

V analýze všech těchto textů si budu všimnout pouze momentů, které se k problematice *„dříve projevených přání“* bezprostředně vztahují. Ostatními problémy, jako je např. problematika opatrovníckého práva, detailní sledování terminologie (*„Sterbehilfe“*, *„Sterbebegleitung“* apod.) se budu zabývat jen

1 DEUTSCHER BUNDESTAG: Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin. Patientenverfügungen, <http://webarchiv.bundestag.de/cgi/show.php?-fileToLoad=116&id=1040>, (3. 5. 2008).

potud, pokud to bude přínosné v etické reflexi „*dříve projevených přání*“.

Po analýze dokumentů bude následovat identifikace problémů. Z jednotlivých dokumentů vyberu ty momenty, které se týkají východisek „*dříve projevených přání*“. Budu si všímat toho, které problémy konkrétně pojmenovávají i jaká řešení nabízejí. Struktura kapitoly bude odpovídat struktuře předcházejících částí, jejich rozdělení na českou a německou část a na část právní a etickou.

Po této kapitole bude následovat systematizace některých problémů z předcházející kapitoly a určení východisek k jejich řešení. Problémy budou nahlíženy ve třech okruzích. Prvním okruhem bude tematika „*dříve projevených přání*“ v kontextu autonomie pacienta a lékaře. Druhý okruh se bude věnovat problematice interpretace pacientova prohlášení. Třetí okruh se pokusí zasadit problematiku „*dříve projevených přání*“ do kontextu diskuze o konci života v souvislosti diskuze o eutanázii. Každému okruhu bude věnována jedna podkapitola.

Závěrečná kapitola této práce naznačuje možnosti řešení. Bude vycházet z pojmu autonomie u Alfonse Auera. Auer chápe autonomii v dvojím smyslu. Autonomii chápe autonomii jako předpoklad morálky vůbec a zároveň v ní vidí požadavek na všeobecně srozumitelnou argumentaci v morálce. Z této pozice se také pokusím naznačit, jak pacientovo prohlášení interpretovat.

Na tomto místě chci také srdečně poděkovat prof. Dr. Albertu-Peteru Rethmannovi za otcovskou trpělivost, cenné rady a připomínky a členům doktorandského semináře katedry teologické etiky a spirituální teologie za inspirující kolegiální a věcnou kritiku.

2. Analýza situace v České republice

V této kapitole se budeme věnovat rozboru problému v České republice. Budeme vycházet z diskuze v právní oblasti i z diskuze, která se odvíjí v oblasti etické.

2.1 Terminologie užívaná v České republice

Do roku 1989 nebyla problematika „*dříve projevených přání*“ reflektována vůbec. Po roce 1989 se situace ve společnosti změnila. Horečně se začala vyvíjet i problematika lékařské etiky. Ta byla ustanovena jako samostatný lékařský obor². Zprvu bylo nutno řešit zásadní problémy týkající se vztahu lékaře a pacienta, pacientovy autonomie. V této části, týkající se právní stránky problematiky „*dříve projevených přání*“ můžeme vidět, jak byla problematika vnímána u nás³. Termíny používané v České republice:

Anglicky užívá *Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny*⁴, (dále jen „*Úmluva*“) termín „*previously expressed wishes*“⁵. Tento termín by měl být tedy v našem prostředí výchozí. Podívejme se, jak se překládá. Nejednotnost v terminologii ukazuje také kolísání v porozumění této problematice. To byl také jeden z důvodů vzniku této práce.

Užívají se tyto termíny:

„*Dříve vyslovená přání*“⁶. Tak překládá český text Úmluvy. Je to podle

2 Srov. HAŠKOVCOVÁ Helena: Lékařská etika, Praha: Galén, ³2002, 44 – 53.

3 O tom, jak byla problematika reflektována u nás a jak jinde, se můžeme přesvědčit například počty nalezených titulů v některých, náhodně vybraných, internetových vyhledávačích. Např. Jednotná informační brána, www.jib.cz, nabízí 18. 3. 2008 tato množství literatury.

Heslo: Dříve projevená přání - knihy v ČR 0, zahraniční články 0, zahraniční knihy 0, periodika ČR 0, české články 0.

Heslo: Dříve vyslovená přání - knihy v ČR 0, zahraniční články 0, zahraniční knihy 0, periodika v ČR 0, české články 0.

Heslo: Advance directives - knihy v ČR 2, zahraniční články 5024, zahraniční knihy 1725, periodika v ČR 0, české články 0.

Heslo: Living will – Knihy v ČR 1, zahraniční články 1627, zahraniční knihy 1173, periodika ČR 0, české články 2.

4 Úmluva o lidských právech a biomedicině byla otevřena k podpisu dne 4. dubna 1997 ve španělském Oviedu, 1. prosince 1999 vstoupila v platnost. Česká republika ji podepsala 24. června 1998. Vláda ČR uložila Ministerstvu zdravotnictví usnesením č. 403 ze dne 10. června 1998 předložit Úmluvu Parlamentu České republiky k vyslovení souhlasu. Proces ratifikace byl dokončen podpisem prezidenta. Ratifikační listiny byly 22. června 2001 uloženy u generálního tajemníka Rady Evropy. Smlouva vstoupila v platnost 1. října 2001. http://juristic.zcu.cz/dostal/docs/UB_cj.htm (30. 3. 2008).

5 Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine, <http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/164.htm>, (3. 4. 2008).

6 Viz pozn. 4.

mého názoru nevhodný termín, resp. adjektivum „vyslovená“, které zde evokuje slovní projev. Jak se však upozorňuje v německém prostředí, „*Patientenverfügungen*“ (dále také „*PV*“) se netýkají jen toho, co pacient vyslovil, ale vyjádřil i jiným způsobem. Proto je termín „*dříve vyjádřená přání*“⁷ vhodnější, neboť je obecnější, a tak zachycuje šíři možných forem pacientova sdělení. Tomuto termínu je podobný termín „*dříve projevená přání*“, jehož se přidržuji i v názvu rigorózní práce. Je otázkou, zda je nejvhodnější. Je to tříčlenné sousloví. Mohlo by však být výzvou ostatním, aby našli termín dvouslovný, případně vyjádření jiné, jednodušší, výstižnější a „více české“...

Asi od roku 1997 používají vyhledávače MESH – Medical Subject Headings – National Library of Medicine⁸ termín „*pacientova přání ohledně budoucí terapie*“. Zde vítám slůvko *budoucí*, které takto zohledňuje prvek časovosti jiným způsobem. Slovo „*terapie*“ ovšem za vhodné nepovažuji, protože potom v jeho stínu leží slovo „*péče*“, o kterou jde v naší problematice především.

Termín „*pacientova závěť*“ byl užíván dříve jako překlad pro „*living will*“. Nyní se v od jeho užívání v této souvislosti ustupuje, protože termín „*závěť*“ evokuje poněkud jinou problematiku a právnicky je závěť i jinak ošetřena.

Termín „*poslední pořízení vyjadřované předem*“ uvádí Munzarová v časopise *Neurologie pro praxi*⁹. „*Předběžné stanovisko pacienta ke druhu poskytované péče*“¹⁰ uvádí Lajkep v *Praktickém lékaři*. Na obou termínech je patrná snaha vystihnout problematiku, avšak délka obou sousloví je v běžném používání nevhodná. „*NR – neresuscitovat*“ a „*DNR – do not resuscitate*“ zmiňuje Haškovcová v *Lékařských listech*¹¹.

Po tomto krátkém terminologickém exkurzu můžeme pokračovat v nastínění právní problematiky *dříve projevených přání* v České republice.

7 PRUDIL Lukáš: Dříve vyjádřená přání - respektovat či nerespektovat? in.: *Zdravotnické právo v praxi* 2 (2003) 28 - 29 .

8 K tomu blíže na: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/>, (3. 4. 2008).

9 MUNZAROVÁ Marta: Etické aspekty léčby v terminálním stavu závažných nevléčitelných onemocnění, in: *Neurologie pro praxi* 1 (2006) 13 - 14.

10 LAJKEP Tomáš: Eutanazie - téma stále aktuální, in: *Praktický lékař* 9 (2002) 558 - 559.

11 HAŠKOVCOVÁ Helena: Smrt má své místo v životě i v medicíně a úmrtí pacienta není nutné chápat; jako prohru, in: *Zdravotnické noviny* 6 (2000) 16.

2.2 Vnímání a řešení problému v právní oblasti

Právní rámec „*dříve projevených přání*“ tvoří „*Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny*“¹². Problematika je zakotvena v článku 9 - dříve vyslovená přání: „*Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání*“¹³. Tento článek „*Úmluvy*“ uvozuje celou problematiku jak právně, tak eticky a vytváří prvotní rámec, z něhož další diskuze vychází.

Na „*Úmluvu*“ navazuje „*Vysvětlující zpráva k Úmluvě Rady Evropy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluvě o lidských právech a biomedicině*“¹⁴. V člancích 60 a 61 znovu upozorňuje na existenci článku 9.

Článek 61 problematiku dále upřesňuje. Předvídá situace, kdy pacient nebude moci vyjádřit souhlas s poskytovanou péčí, například vinou progresivní choroby. Protože je průběh choroby znám, umožňuje s dostatečným předstihem vyjádřit se k očekávaným eventualitám.

Článek 62 tvrdí, že to, že se „*předem vyslovená přání*“ mají zohlednit, neznamená, že se musí vyplnit vždy. Lékař se má také ujistit, že se týkají aktuální situace a že jsou stále platná. Zde se nabízí otázka, co v praxi znamená respektovat. Tedy nakolik vnímat slovní znění textu, nakolik vnímat směr, kam je pacientovo prohlášení vedeno. To se rozlišuje a je někdy možné (nebo dokonce nutné, chceme-li dostat smyslu pacientova přání) nesledovat doslovný text, ale rozhodnout se jakoby proti pacientovu přání s tím, že právě tak bude pacientovo

12 Úmluva o lidských právech a biomedicině byla otevřena k podpisu dne 4. dubna 1997 ve španělském Oviedu, 1. prosince 1999 vstoupila v platnost. Česká republika ji podepsala 24. června 1998. Vláda ČR uložila Ministerstvu zdravotnictví usnesením č. 403 ze dne 10. června 1998 předložit Úmluvu Parlamentu České republiky k vyslovení souhlasu. Proces ratifikace byl dokončen podpisem prezidenta. Ratifikační listiny byly 22. června 2001 uloženy u generálního tajemníka Rady Evropy. Smlouva vstoupila v platnost 1. října 2001. [Http://juristic.zcu.cz/dostal/docs/UB_cj.htm](http://juristic.zcu.cz/dostal/docs/UB_cj.htm), (30. 3. 2008).

13 Tamtéž.

14 MICHAUD Jean: Vysvětlující zpráva k Úmluvě Rady Evropy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluvě o lidských právech a biomedicině, http://mujweb.atlas.cz/www/krev/text/Umluva_biomedicina_vysvetleni2.htm (25. 3. 2008).

přání naplněno. Že se to nemusí obejít bez asistence právníků v širokém významu, je zřejmé. V Německu je plnění „*Patientenverfügung*“ vyžadováno velmi striktně. K tomu se podrobněji vyjadřujeme v kapitole o právní situaci v Německu, kde zaráží přísnost soudních rozhodnutí.

Důležité také je, že „*dříve projevená přání*“ nemusí být za všech okolností plněna doslovně. To nechává prostor již zmiňované interpretaci pacientova prohlášení a také autonomii lékaře. Text „*zejména s ohledem na současný stav vědy a technický pokrok v medicíně*“ považují za jednu z nejbanálnějších i nejzákladnějších námitek. Věda nepokračuje tak rychle a přesvědčivě. Navíc právě obava před tzv. nadbytečnou léčbou vedla k myšlence „*dříve projevených přání*“. Co se týče platnosti, v Německu se doporučuje tamní „*Patientenverfügungen*“ obnovovat alespoň 1x za dva roky.

Přestože „*Úmluva*“ byla do českého právního řádu implementována, situace však blíže vyjasněná není a v okamžiku živelného vydávání „*dříve projevených přání*“ bude právní situace ještě nejasnější. Tuto situaci možná změní uvažovaný zákon o zdravotních službách, jehož věcný záměr je uveden níže. V každém případě nelze jinak než vyžadovat brzké, kvalitní a komplexní zpracování této tematiky.

Další zmínku najdeme ve „*Věcném záměru zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*“. Naznačuje některé problémy: Například jak se poskytovatel zdravotní služby o „*dříve projeveném přání*“ dozví? Dále, že „*dříve vyslovené přání bude muset být učiněno písemně a s úředně ověřeným podpisem*“. Jednak není důvod nerespektovat přání, které bylo vyjádřeno jinak a jednak podmínka úředního ověření podpisu může některým pacientům stěžovat přístup k „*dříve projeveným přáním*“. „*Dříve vyslovené přání nelze respektovat, pokud by postupy podle něho vedly k aktivnímu ukončení života pacienta.*“ Ovšem za aktivní postup považuje každý něco jiného. Ve „*Věcném záměru*“ se také mluví o tom, že „*si nebude přát poskytnutí zdravotních služeb*“. Může také chtít maximum. Také tento požadavek není dořešen. Důležitá je také zmínka o aktualizaci prohlášení: „*Poskytovatel zdravotní služby si musí být pokud možno jist, že se přání pacienta týkají současné situace a jsou stále platná.*“ Zde je

otázkou to, jestli již skutečně došlo k situaci, která je v pacientově prohlášení uvedena. Přání pacienta tak může být fakticky nenaplnitelné. Vždyť kdo zaručí, že jde právě o onu situaci?

Více rozpracovává tematiku Prudil¹⁵. V úvodu svého článku upozorňuje na to, že se již lze s naší problematikou setkat. Věc je řešena listinami, i s notářsky ověřenými podpisy. Nejčastěji jsou odmítány transfúze a vyslovuje se přání nebýt za určitých podmínek resuscitován. Autor, podle mého názoru poněkud netradičně, ale logicky, vychází ze známého zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, v platném znění, kde v § 23 odst 2. nacházíme zásadu souhlasu pacienta se všemi výkony. Když pacient zákrok, terapii, vyšetření odmítá, musí si lékař vyžádat tzv. negativní reverz. Na první pohled analogicky by se dal postup negativního reverzu aplikovat i na „*dříve vyjádřená přání*“. Jak ale autor sám upozorňuje, nejedná se o situaci zcela analogickou. Společný je však princip souhlasu s lékařským úkonem. „*Dříve vyjádřená přání*“ však vyžadují jiné řešení. Autor sám upozorňuje na některá úskalí, která tento institut provázejí. Je to např. fakt, že jinak se rozhodujeme v situaci, kdy jsme zdraví, a jinak v situaci, kdy jsme nemocní. Upozorňuje také na poměrně vágní znění onoho článku 9 „*Úmluvy o lidských právech a biomedicíně*“. To, že „*bude brán zřetel [...]*“ značí dle autora, že bylo poměrně obtížné nalézt konsenzus na evropské úrovni, a značí také to, že problematika je ponechána na vnitrostátní úpravě. Jaký postup tedy autor navrhuje? Především se má zdravotník ujistit, že konkrétní projev je skutečným projevem pacientovy vůle. Lze vyžadovat projev vůle písemně. Není nutná forma notářského zápisu ani ověřený podpis. Alternativně je myslitelný i zápis lékařem ve zdravotnické dokumentaci podepsaný lékařem a svědkem (zdravotní sestrou). Autor upozorňuje na to, že je nutno zvláště písemným projevům pacientovy vůle věnovat náležitou pozornost i s ohledem na možné následky. Dále připomíná nutnost ověřit si všechny podmínky, za kterých má postupovat. Pokud nesplní byť i jednu z nich, vystavuje se velmi vážným důsledkům. Pak by měl lékař ještě zvážit stav pacienta a jeho možný vývoj.

15 Srov. PRUDIL, Lukáš: Dříve vyjádřená přání – respektovat či nerespektovat? in: Zdravotnické právo v praxi 2 (2003) 28 – 29.

2.3 Vnímání a řešení problému v etické oblasti

Etická problematika „*dříve projevených přání*“ je již reflektována častěji než v právní oblasti.

Jako první upozorňuje na problém Haškovcová¹⁶. Je pravda, že „*dříve projevená přání*“ jistým vodítkem k řešení zmíněných situací mohou být. Jsou ale především možnosti, jak se vůbec nějak může pacient vyjádřit ke své budoucnosti. To je asi nejcennější. Nicméně jak uvidíme níže v německé diskuzi, ani tento institut nezůstává eticky a lékařsky bez otazníků. Jeho největší předností je právní rámec péče, kterou pro sebe pacient vyžaduje.

Munzarová¹⁷ potom propojuje právo na sebeurčení, jak je obsaženo v „*Úmluvě*“ se situací osob smrtelně nemocných a umírajících tím, že organicky propojuje poměrně strohé znění v „*Úmluvě*“ s textem „*Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících*“, kde se problém řeší mnohem podrobněji.

Lajkep¹⁸ také vnímá institut „*dříve projevených přání*“ pozitivně. Uvádí, že tento institut existuje, že nabízí posun v jisté části lékařské etiky a že se týká práva léčbu odmítnout; situace pacienta však musí být přesně definovaná.

V článku „*Etické aspekty dříve učiněných projevů vůle pro terminální období nemoci*“¹⁹ upozorňuje také Slabý na hranice těchto „*dříve učiněných projevů [...]*“. Obává se toho, že tato prohlášení nejsou a nebudou respektována, spojuje pojem autonomie a aktuální situace pacienta²⁰. Správně upozorňuje na to, že v existenciální situaci se pacient může rozhodovat naprosto jinak. Také se ptá, zdali je požadavek, aby se pacient vyjádřil ke své terminální péči, „*eticky*

16 Srov. HAŠKOVCOVÁ Helena: Smrt má své místo v životě i v medicíně a úmrtí pacienta není nutné chápat jako prohru, in: Zdravotnické noviny 6 (2000), Příl. Lék. listy, 16.

17 Srov. MUNZAROVÁ Marta: Právo smrtelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení (k dokumentu Parlamentního shromáždění Rady Evropy 1418/1999), in: Vnitřní lékařství 3 (2001) 131 – 133.

18 Srov. LAJKEP Tomáš: Eutanazie - téma stále aktuální, in: Praktický lékař. 9 (2002) 558 – 559.

19 Srov. SLABÝ Adolf: Etické aspekty dříve učiněných projevů vůle pro terminální období nemoci (Konference. Brno, 18. - 19. 10. 2002.), in: Scripta bioethica 1 (2003) 10 – 14.

20 „*Autonomní rozhodování musí nutně vycházet z jedinečné a nepředvídatelné aktuální situace*“. tamtéž, 12.

oprávněný a realistický“. Upozorňuje, že nestačí technicky věcné informace²¹, že zde nejde jen o racionální kalkul, ale nakonec o postoj konkrétního pacienta k životu²² a z tohoto postoje vyplývající motivaci. Závěrem klade důraz na multidisciplinaritu týmu a na zabezpečení pacienta, že se nemusí obávat ztráty své důstojnosti. Také se přimlouvá, po vzoru německé diskuze, za to, aby „*bazální terapie byla ukončena pouze ve fázi ireverzibilního selhání vitálních funkcí*“.

Lajkep se zabývá znovu ve svém článku „*Předem vyslovená přání*“²³ naším tématem. Zpočátku problematiku stručně shrnuje. Závěrem článku pokládá tři zajímavé otázky: 1. Jestli je věková hranice tím kritériem, které rozhoduje, zda bude pacient informován o možnosti vyjádřit se k budoucí léčbě (míněno v kontextu „*dříve projevených přání*“). Odpovídá, že nikoliv, protože každý pacient má právo o své léčbě rozhodovat (viz princip informovaného souhlasu). 2. Zda mají být všichni pacienti o této možnosti informováni. Odpovídá, že nikoliv, protože toto rozhodnutí by nemělo být částí byrokratického procesu při přijetí do nemocnice. A také, že „*living will*“ je svého druhu „*životní filozofie*“. 3. Zdali mají mít příbuzní „*konečné a definitivní slovo o tom, která terapie bude poskytnuta a která ne*“. Odpovídá, že nikoliv, protože zásadní je rozhodnutí pacienta. Názor příbuzných má smysl jen při upřesňování pacientova rozhodnutí - přání.

Také Munzarová²⁴ se znovu vrací k problematice a zmiňuje text s názvem „*Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících (Doporučení Parlamentního shromáždění Rady Evropy 1418 (1999) 1)*“, který pak obsáhle cituje. Tento dokument patří k velmi významným. Systematicky se problematice „*dříve projevených přání*“ věnuje. Nemá být na nikoho činěn nátlak, aby byl léčen proti své vůli, má být respektováno právo odmítnout lékařský postup, který je vyjádřen v písemném projevu vůle pacienta, mají se respektovat přání pacientů bez ohledu na terapeutickou zodpovědnost lékaře. Požaduje se zachovat předpis zakazující úmyslné zbavení života.

21 Tyto informace mohou být mnohdy velmi diskutabilní a neověřené. Neboť jejich ověřitelnost je krajně obtížná až metodologicky nemožná.

22 Tedy o konkrétní filozofickou, teologickou antropologii každého pacienta.

23 Srov. LAJKEP Tomáš: Předem vyslovená přání, in: Zdravotnické noviny 4 (2003) 26.

24 Srov. MUNZAROVÁ Marta: Etická problematika umírání a smrti Onkologie pro praktické lékaře - vybrané kapitoly, in: Postgraduální medicína 5 (2003) 54 – 56.

V dalším článku²⁵ pak Munzarová propojuje celou problematiku jak právně, tak eticky, když upozorňuje na zakotvení práva nemocných na odmítnutí léčby v „Úmluvě“, její „Vysvětlující zprávě“, dále zdůrazňuje „Doporučení Parlamentního shromáždění Rady Evropy 1418 (1999) - Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících“²⁶.

Dále pak navazuje ve svém článku²⁷ svojí reakcí zkušeného chirurga, emeritního primáře chirurgie v Mostě František Krtička. V souvislostech praktické medicíny u nás upozorňuje, že by nebylo vždycky snadné dohledat příslušné prohlášení. Také se ptá, „*co si pacient představoval, když psal ono neresuscitovat?*“ Obává se, jestli pacient nebyl při sepisování prohlášení pod nátlakem.

Autorka dalšího článku, „*Advance directives aneb právo pacienta se rozhodnout*“²⁸ upozorňuje také na některé konkrétní momenty. Autorka článku kromě toho, že popisuje, co „jejich“²⁹ „*advance directive*“ obsahovalo, připomíná, že je vhodné, aby každé zdravotnické zařízení mělo pro „*advance directive*“ svůj vlastní standard. Tento standard popisuje všechny složky, které jsou pro „*advance directive*“ relevantní. Zde si jen dovoluji upozornit na překotné zavádění takových standardů v našich zařízeních, zvláště v situaci, kdy celá problematika není ukotvena ani právně, ani v rámci kvalitní etické diskuze.

V Šimkově příspěvku „*Informovaný souhlas v medicíně*“³⁰ se autor v článku také dotýká našeho tématu. Upozorňuje na to, že bližší právní úprava chybí, že nemáme úpravu pro nezletilé osoby a zletilé osoby, které nejsou schopny souhlas udělit. Pokládá zajímavou otázku právě v souvislosti s pacienty v bezvědomí: „*Jestliže nejde o výkon veřejné moci, jaký jiný důvod než předpokládaný souhlas nemocného opravňuje lékaře léčit?*“

25 Srov. MUNZAROVÁ Marta: Respekt ke dříve vysloveným přáním nemocných, in: Praktický lékař 7 (2005) 411 – 412.

26 Srov. PARLAMENTNÍ SHROMÁŽDĚNÍ RADY EVROPY: Doporučení 1418 (1999) - Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících, <http://www.hospice.cz/hospice1/data/radaevro.htm>, (5. 4. 2008).

27 Srov. KRTIČKA František: Na okraj článku prof. Munzarové: Respekt ke dříve vysloveným přáním nemocných, in: Praktický lékař 9 (2005) 520 – 522.

28 Srov. VALENTOVÁ Iva: Advance directives aneb právo pacienta se rozhodnout, in: Sestra 12 (2004) 13.

29 Autorka pracovala na onkologii v Yale, New Haven Hospital.

30 Srov. ŠIMEK Jiří: Informovaný souhlas v medicíně, in: Praktický lékař 4 (2006) 230 – 232.

3. Analýza situace ve Spolkové republice Německo

Důvodů, proč je pro tuto práci inspirující právě Německo, je několik. Právní situace v Německu je neuzavřená. Na rozdíl od Rakouska nebo jiných zemí se v Německu zatím připravuje zákon, který by problematiku „*dříve*

projevených přání“ měl regulovat. Navíc má Německo specifickou historickou zkušenost a je obecně citlivější k bioetickým otázkám a zvláště k otázce lidské důstojnosti. Jak uvidíme níže, probíhá intenzivní diskuze o problematice.

3.1 Terminologie užívaná v Německu

Abychom si blíže vyjasnili německou terminologii, která není v definicích zcela jednotná, bylo by vhodné podívat se například na to, jak terminologicky definuje některý z významnějších dokumentů v této oblasti. Takovým dokumentem, který se „*Patientenverfügungen*“, dále jen „*PV*“, uceleněji věnoval, byla tzv. „*Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin. Patientenverfügungen*“³¹, dále jen „*Zwischenbericht*“. Ta v roce 2004 popsala situaci, do které do té doby diskuze dospěla, nastínila, z jakých právních východisek požadavek „*PV*“ vychází, a také ukázala, jaké etické problémy jsou s „*PV*“ spojeny a které se tedy musí v uvažovaném zákoně ošetřit.

„*Zwischenbericht*“ rozlišuje³²:

„*Patientenverfügung*“ je „individuální písemný nebo ústní projev vůle člověka ohledně péče v případě budoucí vlastní neschopnosti se k této péči vyjádřit.“ V této souvislosti se používá někdy termín „*Patiententestament*“, obecně se však odmítá jako zavádějící, zvláště proto, že evokuje situaci po smrti pacienta. Toto se však „*PV*“ netýká.

„*Vorsorgevollmacht*“ je udělení plné moci v oblasti zdravotnictví. Zmocněný potom rozhoduje i o opatřeních týkajících se konce života zmocnitele. „*Vorsorgevollmacht*“ má přednost před opatrovnictvím, takže opatrovník nesmí být v oblasti zdravotní péče ustanoven, pokud je již „*Vorsorgevollmacht*“ vydána.

U „*Betreuungsverfügung*“ se jedná o ustanovení opatrovníka, který potom dále rozhoduje ve zdravotních záležitostech pacienta. O ustanovení rozhoduje

31 Srov. DEUTSCHER BUNDESTAG: Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin, <http://webarchiv.bundestag.de/cgi/show.php?fileToLoad=116&-id=1040> (3. 5. 2008).

32 Srov. ZB, 5 – 6.

„Vormundschaftsgericht“³³. V „*Betreuungsverfügung*“ se pacient vyjadřuje ke konkrétní osobě, která se má podle jeho přání stát „*Betreuer*“, opatrovníkem, až to bude na základě jeho zdravotního stavu podle soudu potřeba a on sám se už nebude moci vyjádřit.

Tady se budu věnovat pouze „*Patientenverfügungen*“. Bude ovšem někdy nezbytné dotknout se i související tematiky.

V roce 2004 píše „*Zwischenbericht*“, že v Německu není tvorba „*PV*“ regulována³⁴. „*Zwischenbericht*“ v roce 2004 uvádí, že podle internetových stránek „*Zentrum für Medizinische Ethik e.V. Bochum, Ruhr-Universität Bochum*“³⁵, bylo známo asi 180 různých forem „*PV*“. K 9. 12. 2007 bylo na internetových stránkách téhož institutu registrováno 224 různých „*PV*“, „*Vorsorgevollmachten*“ a „*Betreuungsverfügungen*“³⁶ – což ukazuje právní a etickou komplexnost této záležitosti.

3.2 Vnímání a řešení problému v právní oblasti

Vnímání a řešení problému v právní oblasti v Německu je poněkud propracovanější, než v České republice. Proto bude také struktura této kapitoly poněkud podrobnější. Úvodem stručně shrnu, na podkladě „*Zwischenbericht*“, základní pilíře, z kterých právní řešení vychází. Pak uvedu několik soudních rozhodnutí, na kterých se pokusím demonstrovat některé etické problémy.

V oddíle o právních aspektech „*PV*“ v Německu se budu při identifikaci pramenů přidržovat německých zvyklostí.

3.2.1 Ústavněprávní zakotvení

33 Opatrovnický soud.

34 Srov. tamtéž, 14.

35 Zentrum für Medizinische Ethik e.V. Bochum, Ruhr-Universität Bochum, <http://www.medizin-ethik-bochum.de/>.

36 ZENTRUM FÜR MEDIZINISCHE ETHIK E.V. BOCHUM, RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM: Mustertexte, Formularmuster, Formulierungsvorschläge zu Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten, Betreuungsverfügungen., <http://www.ruhr-uni-bochum.de/zme/>, (21. 12. 2007).

Ústavněprávní zakotvení „PV“ vychází z prvních článků německého „Grundgesetz“³⁷, (dále jen „GG“). Článek 1, odstavec 1 „GG“ se týká ochrany lidské důstojnosti³⁸. Svobody jednání se týká článek 2, odstavec 139. Právo na tělesnou nedotknutelnost je obsaženo v článku 2, odstavci 2, větě první „GG“⁴⁰. „PV“ je projevem práva na sebeurčení, které je především obsaženo v článku 2, odstavci prvním „GG“⁴¹. Mezi hlavní principy „PV“ patří tedy ochrana lidské důstojnosti, svoboda jednání, tělesná nedotknutelnost a právo na sebeurčení. „PV“ jsou výrazem pacientovy vůle. Ústavní ochrany požívá také přání pacienta odmítnout lékařskou péči. Právo na sebeurčení a právo na tělesnou nedotknutelnost nejsou neohraňovaná, ale jsou také ústavně omezená⁴², někdy ve prospěch ochrany života nebo jiných společných hodnot, například ochrany rodiny⁴³. Ústavně obhajitelný je také zákaz aktivní eutanázie⁴⁴, zákaz zabití na požádání⁴⁵ a příkaz zachraňovat ty, kteří se pokusili o sebevraždu⁴⁶.

3.2.2 Civilněprávní zakotvení

Podle „Zwischenbericht“ platí v roce 2004 pro „PV“ pouze obecná ustanovení⁴⁷.

„PV“ nevyžadují žádnou konkrétní formu. Mohou být písemné, ústní, nebo může být vůle pacienta vyjádřena jiným způsobem, například pohybem ruky, pokynutím hlavou. Formuláře, které se postupně vytvořily, mají pouze

37 Srov. PARLAMENTARISCHER RAT: Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (ze dne 23. května 1949), in: Grundgesetz mit [...], München: Deutscher Taschenbuch Verlag, 2006, 15.

38 Srov. tamtéž. Lidská důstojnost je nedotknutelná. Dbát na ni a chránit ji je povinnost vši státní moci.

39 Srov. tamtéž. Každý má právo na svobodný rozvoj své osobnosti, pokud tak nejsou narušena práva ostatních a pokud se nejedná proti ústavnímu pořádku nebo mravnímu zákonu.

40 Srov. tamtéž. Každý má právo na tělesnou nedotknutelnost.

41 Srov. tamtéž, viz pozn. 37.

42 Srov. tamtéž, viz pozn. 37.

43 Srov. tamtéž. Článek 6, odstavec 2. „GG“. Péče a výchova dětí jsou přirozeným právem rodičů a jejich přední povinností. Na jejich jednání dohlíží státní společenství.

44 Srov. § 212 Strafgesetzbuch (StGB). Dostupné na <http://dejure.org/gesetze/StGB>, (26. 12. 2007).

45 Srov. Tamtéž, § 216 StGB.

46 Srov. HUFEN Friedhelm: In dubio pro dignitate – Selbstbestimmung und Grundrechtsschutz am Ende des Lebens, in: Neue Juristische Wochenschrift 7 (2001), 849 – 857.

47 Srov. ZB, 15.

celou problematiku zjednodušit. Jsou známy i organizace, které pomáhají klientům „PV“ sestavit vlastnoručně a programově odmítají použití formuláře. Nevyžaduje se také žádné poradenství pro to, aby „PV“ bylo právně závazné. Vyžaduje se, aby osoba, která svoje „PV“ vydává, byla způsobilá k právním úkonům. „PV“ mohou být také odvolána s tím, že toto odvolání žádnou konkrétní formu nevyžaduje.

3.2.2 Důležitá soudní rozhodnutí

Pro porozumění etické problematice dříve projevených přání pacienta je důležité vnímat také relevantní soudní rozhodnutí. Nepostihují celou problematiku, to znamená, že z nich nelze vyčíst vše, co se problematiky týká⁴⁸.

1. Krefeldský rozsudek⁴⁹

Obžalovaným byl lékař 76leté pacientky, vdovy paní U., trpící závažnou aterosklerózou a artrózou kolenou a kyčlí. Její manžel zemřel v roce 1981 a ona potom ve svém životě žádný smysl neviděla. Opakovaně tvrdila, že by se ráda se svým životem rozloučila. Již za života svého manžela, kterého nazývala „Peterle“, mluvila o sebevraždě. V žádném případě si nepřála zůstat bezmocná v nemocnici nebo domově pro seniory. Toto také sdělovala svému lékaři, který se jí snažil sebevražedných myšlenek zbavit. Její ošetřující lékař také věděl, že již v říjnu 1980 ležel na jejím psacím stole lístek: „Projev vůle. Při plném vědomí prohlašuji, že si nepřeji být převezena do nemocnice nebo domova seniorů. Nechci být hospitalizována na jednotce intenzivní péče a nechci žádné nasazení život prodlužujících medikamentů. Přeji si zemřít důstojně. Nepřeji si použití přístrojů a odběr orgánů“. 13. 4. 1981 našel její lékař na psacím stole podobný

48 Metodologicky jsem vybral komentovaná soudní rozhodnutí v sekundární literatuře (PUTZ Wolfgang, STELDINGER Beate: *Patientenrechte an Ende des Lebens. Vorsorgevollmacht. Patientenverfügung. Selbstbestimmtes Sterben*, München: Deutscher Taschenbuch Verlag, ³ 2007) a přes portál „Beck-online“ [Beck-online: <http://beck-online.beck.de/>, (19. 4. 2008)] jsem potom našel komentáře z „*Neue Juristische Wochenschrift*“.

49 Srov. SPOLKOVÝ SOUDNÍ DVŮR, (BGH): Rozsudek z 4. 7. 1984, 3 StR 96/84 (LG Krefeld), <http://beck-online.beck.de/Default.aspx?vpath=bibdata%2Fzeits%2FNJW%2F1984%2-Fcont%2FNJW%2E1984%2E2639%2E1%2Ehtm#G1>, (14. 4. 2008).

„projev vůle“: „Je mi 76 let a již nechci dále žít.“ 27. 1. 1981 slíbil lékař pacientce, že ji navštíví, aby jí rozmluvil její obavy z pobytu v nemocnici. V onen den našel lékař svoji pacientku, paní U., v bezvědomí. V jejích rukou našel lístek s textem: „Mému lékaři – prosím, nechci do nemocnice – vysvobození! - 28. 11. 1981 – U.“. Na jiném lístku nalezeném v bytě stálo „chci k mému Peterlemu“. Podle množství balení léků lékař rozpoznal, že se paní předávkovala morfiem a léky na spaní. Její dechová frekvence byla 6 dechů za minutu. Puls nebyl hmatný. Z toho lékař usoudil, že bez vážných postižení nelze pacientku zachránit. Z celé situace usoudil, že ji zachraňovat nebude. Spolu s dalším obžalovaným, B., zůstal v bytě do 7. hodiny ráno, kdy konstatoval smrt. Nebylo možno vyjasnit, zdali by život pacientky byl zachráněn převozem na jednotku intenzivní péče do nemocnice nebo zda by jí jiná záchranná opatření opravdu mohla prodloužit život nebo ji zachránit. Zemský soud⁵⁰ oba obžalované osvobodil. Toto osvobození zdůvodnil takto: Nešlo o zabití na vyžádání, protože nečinnost obžalovaného nezpůsobila smrt paní U. Pokus o zabití na vyžádání vyloučil, protože tento delikt nevychází ze zdržení se činností, když se garant života podřídí svobodnému rozhodnutí sebevraha. V této věci nebyla sebevražda ani nešťastnou náhodou ve smyslu § 323c StGB⁵¹. Zde trestnost ztroskotává na tom, že při vstupu nebyla pomoc ani nutná, ani únosná. Odvolání státního zástupce nebylo úspěšné.

Toto rozhodnutí se považuje za významné⁵² proto, že soud přijal rozhodnutí lékařova svědomí neprovádět oživovací pokusy. Pokud pacient pokusy o záchranu odmítá, musí to lékař respektovat. Není žádnou povinností udržovat vyhasínající život za každou cenu. Také v případě sebevraha v bezvědomí musí lékař jednat na vlastní zodpovědnost. Nicméně pokus o sebevraždu hodnotí Spolkový soudní dvůr⁵³ v každém případě jako nešťastnou náhodu proto, že lékař v konkrétním případě není zbaven povinnosti garanta života.

50 Landgericht.

51 StGB – Strafgesetzbuch, něm. trestní zákoník.

52 Např.: PUTZ Wolfgang, STELDINGER Beate: Patientenrechte an Ende des Lebens. Vorsorgevollmacht. Patientenverfügung. Selbstbestimmtes Sterben, München: Deutscher Taschenbuch Verlag, ³ 2007.

53 Bundesgerichtshof (BGH).

To znamená jednoznačné postavení pacienta do centra péče. On rozhoduje o svém zdraví a o svém životě. Zůstává zachována role lékaře jako někoho, kdo se v pochybnostech rozhoduje pro zachování života (zásada „*in dubio pro vita*“).

V této kazuistice je nesmírně důležité to, že rozhodnutí lékaře nebylo účelové v tom smyslu, že by se s pacientkou na její sebevražďě domluvil nebo na ní jakýmkoliv způsobem participoval (úmyslem nebo materiálně). Naopak se jí snažil sebevraždu rozmluvit. Zde je silné i slabé místo celé kazuistiky – motivace obou zúčastněných. Lékař nechce smrt pacientky. Ale respektuje její rozhodnutí. Jistě může být toto pacientčino rozhodnutí k sebevražďě sporné. Diskuze o etické problematice sebevraždy však není smyslem této práce.

Potvrzuje se tedy postavení pacienta do centra péče. Znamená to jednoznačný důraz na autonomii pacienta, dále zachování role lékaře jako někoho, kdo zůstává na straně života (*in dubio pro vita*). Akcentován je důraz na motivaci jednajících a také vědomí hranic lékařské péče a technických možností medicíny.

2. Rozsudek Zemského soudu Ravensburg z 3. 12. 198654

V tomto rozsudku bylo obžalovanému kladeno za vinu, že se provinil zabitím na vyžádání podle § 216 I STGB (trestní zákoník). Jeho manželka Rosa F.55, trpěla posledním stádiem amyotrofické laterální sklerózy (ALS)⁵⁶. Její manžel, proto, aby splnil její přání zemřít, odpojil dýchací přístroj. Manželka zemřela do jedné hodiny po odpojení, přičemž napojena na tento přístroj by mohla žít ještě nejméně 24 hodin. Po napojení na přístroj by nabyla plného vědomí⁵⁷. Patientka vnímala tento svůj stav jako „nesnesitelné utrpení“ a pomocí speciální psacího stroje vyjádřila svoji vůli „chci zemřít, čím rychleji, tím

54 Srov. ZEMSKÝ SOUD Ravensburg, (LG): Rozsudek z 3. 12. 1986 - 3 Kls 31/86, <http://beck-online.beck.de/Default.aspx?vpath=bibdata\zeits\nstz\1987\cont\nstz.1987.229.1.htm&pos=0&hlwords=#xhlhit>, (14. 4. 2008).

55 Srov. PUTZ, STELDINGER: *Patientenrechte am Ende des Lebens*, 193.

56 Amyotrofická laterální skleróza je onemocnění, které vede k postupnému vyřazení funkce motorických neuronů. Postupně toto postižení vede k poruše funkce až k afunkčnosti těmito postiženými neurony zásobovaných svalů. V pokročilejších stádiích jsou postiženy i dýchací svaly. Ostatní orgány, včetně plného psychického prožívání, zůstávají nepostiženy.

57 Srov. PUTZ, STELDINGER: *Patientenrechte am Ende des Lebens*, 194.

lépe“⁵⁸.

Ve zdůvodnění rozsudku se mj. uvádí, že § 216 StGB se musí vysvětlovat ve světle ústavního práva na sebeurčení a lidskou důstojnost. Smyslem zákazu zabít druhého je zachovat život. Tento cíl (zachovat život) však neznamená, že je ho možno násilím vnutit člověku proti jeho vůli proto, abychom mu zabránili zemřít. To, co se uvádí dále, uvedu doslovně, neboť tak vynikne i mimořádně hluboce zakotvené etické zdůvodnění rozsudku. *„Smrt patří k životu stejně jako zrození. Pro umírajícího člověka, jehož již zachránit nelze, není smrt něco nepřírozeného, s čím musíme bojovat všemi prostředky, jako třeba s nemocí. Prostředky k udržování života se nestávají nesitelnými tím, že jsou technicky možné.“* Na čin jejího manžela se nahlíží tak, že umožnil své manželce naplnit její ústavní právo na sebeurčení a lidskou důstojnost. Co je v tomto rozsudku nové, je také to, že tento čin provedl nelékař. Aby podobná opatření činili pouze lékaři, není nezbytné. Naopak je žádoucí, aby naplnění ústavních práv bylo věcí také ostatních. Manžel, který vypnul na žádost manželky v nemocnici dýchací aparát, se nechoval v nemocnici neadekvátně (neboť tak mohl narušit řád a bezpečnost provozu nemocnice).

Závěrem se zdůrazňuje to, že v konkrétním souzeném případě jde o přání zemřít umírajícího člověka, *„dem Tode geweihter Menschen“*⁵⁹, jehož smrt je oddalována uměle technickými prostředky a který nemůže ani pomyslet na samostatný, byť krátký život. To vylučuje trestnost obžalovaného.

I tento rozsudek má velký etický význam. Opět staví lidskou důstojnost a sebeurčení člověka do centra dění. Je to pacient, který určuje, co je pro něj důstojné, z toho pak také vyplývá způsob péče o takového pacienta. Opět je v pozadí (nikoliv však významem) motivace. Zabití⁶⁰ by na smrt nemocného člověka degradovalo na nepotřebnou věc. Na věc, která už je na vyhození. Pokud ovšem, jak je citováno výše, *„pro umírajícího člověka, jehož již zachránit nelze, není smrt něco nepřírozeného“*, pak také odstranění všech překážek, které brání přirozenému průběhu smrti, akcentuje přirozenost člověka, a v něm tedy také jeho

⁵⁸ Srov. tamtéž.

⁵⁹ Smrti zasvěcený (odevzdaný) člověk.

⁶⁰ Totéž se týká i zabití na požádání. Nikdy se nedá zcela vyloučit nátlaku okolí.

důstojnost. Tak ve svém přijetí smrti najde i sám sebe, nezradí svou přirozenost a naplní svoji důstojnost. Opět je slabinou i silnou stránkou této úvahy motivace. Z vnějšku může celý „příběh“ vypadat stejně, ovšem důvody, které zůstanou jen v srdcích zúčastněných, mohou být nepřijatelné. Pacientka může být do role zadatelky vmanipulována a koneckonců i ten, kdo pacienta od přístrojů „odpojí“, může jednat naprosto svévolně. Proto je žádoucí, aby byl celý proces, i přes jeho intimitu, průzračný. Otázkou je, zdali tak může učinit bezezbytku nějaká právní úprava. Vždy bude asi nutné věnovat konkrétní situaci maximum možného času, opakovanými rozhovory, poradenstvím celou problematiku otevírat a s konkrétními zainteresovanými osobami promýšlet. Tak se mohou mimořádně vyjasňovat motivace, postoje a vztahy.

Opět se staví důstojnost a sebeurčení člověka do centra dění. Vystává otázka kontextu a motivace jednajících, „*pro umírajícího člověka, jehož již zachránit nelze, není smrt něco nepřírozeného*“ a otázka mezilidských vztahů vůbec.

3. Kemptenský rozsudek⁶¹

V tomto případě převzal dr. T. péči o 70letou pacientku, paní E., žijící v pečovatelském domě. Trpěla organickým psychosyndromem, presenilní demencí a podezřením na Alzheimerovu chorobu. Počátkem září utrpěla srdeční zástavu, byla oživována s následkem ireverzibilního těžkého poškození mozku. Protože nebyla schopna polykat, musela být krmena nejprve nazální a potom žaludeční sondou⁶². Od konce roku paní E. nemluvila, nestála ani nechodila, na optické, akustické a tlakové podněty reagovala pouze grimasami nebo sténáním. Dr. T. navštěvoval pacientku jedenkrát týdně, podával utišující prostředky a masti (na vzniklé svalové kontraktury). Stav pacientky se neměnil, vitální funkce zůstaly zachovány. Známký vnímání bolesti pozorovány nebyly. Na počátku roku 1993 se dr. T. obrátil na obžalovaného S. a navrhl mu ukončit stav pacientky, stav, u

⁶¹ Srov. SPOLKOVÝ SOUDNÍ DVŮR, (BGH): Rozsudek z 13. 09. 1994 - 1 StR 357/94 (LG Kempten), <http://beck-online.beck.de/Default.aspx?vpath=bibdata/zeits/njw/1995/cont/njw.19-95.204.1.htm&pos=9&hlwords=KemptenerDEntscheidung#xhlhit>, (18. 4. 2008).

⁶² Zde míněna pravděpodobně PEG sonda. V původním textu je „*Magensonde*“.

kterého nebylo možné očekávat žádné zlepšení, tím, že by se výživa sondou zastavila a podával se pouze čaj. Smrt se očekávala do dvou nebo tří týdnů. Na výslovnou otázku obžalovaného S. odpověděl dr. T., že tyto postupy jsou právně v pořádku. Tomu S. důvěřoval. Poradil se ještě s příbuznými a přáteli a na počátku března 1993 oznámil dr. T., že návrh přijímá. V jeho rozhodování hrálo roli také to, že jeho matka, paní E., asi před deseti lety viděla v televizi pořad o postižených lidech, kteří byli tehdy v takové situaci, v jaké se nacházela nyní ona. Tehdy prohlásila, že ona by takto skončit nechtěla. Proto dr. T. napsal do rozpisu ordinací domova, kde paní E. žila: „Se souhlasem dr. T. si přeji, aby moje matka byla vyživována nyní pouze čajem, jakmile se ukončí krmení lahví, nebo od 15. 3. 1993.“ Tento zápis podepsali oba obžalovaní. Na to reagoval vedoucí domova, který nepovažoval tento postup za právně dostatečný, a obrátil se na okresní soud/opatrovnický soud⁶³ v Kemptenu. Tento soud zamítl zastavit přívod potravy. Péči o paní E. převzal jiný lékař. Pacientka potom zemřela na zápal plic koncem roku 1993. Oba obžalované uznal Zemský soud Kempten vinnými z pokusu zabití a odsoudil je k peněžité pokutě. Oba obžalovaní však uspěli při revizi procesu.

Tento případ patří k nejvýznamnějším v německém právu. Je významný tím, že se opatření vztahující k záměru ukončit život nevztahuje pouze na umírajícího člověka. Pacientka v našem případě je sice těžce postižená, avšak neumírá. Na tento okamžik existují v diskuzi dva názory: jeden tvrdí, že se „PV“ mají vztahovat pouze na umírající pacienty, druhý toto napadá s tím, že v konkrétním případě nemusí být snadné určit, zdali pacient umírá. Proto se mají „PV“ vztahovat i na ty pacienty, kteří ještě ve fázi umírání nejsou. Dalším významným momentem, který v tomto případě hraje roli, je rozhodování podle domnělé vůle pacientky. Domnělá vůle pacientů, kteří nejsou rozhodování schopni, patří mezi nejdiskutovanější momenty. Odpůrci namítají, že se jedná pouze o konstrukt zohledňující dříve vyjádřené názory, postoje, osobní hodnoty, vztah k bolesti a utrpení. To, že se jedná pouze o konstrukt, také znamená, že jsou ve hře různé interpretace, dezinterpretace (chtěné i nechtěné). Navíc je takový konstrukt již z podstaty věci neověřitelný. V našem případě to znamenalo,

63 Amtsgericht/Vormundschaftsgericht.

že i přes přesvědčení lékaře i zákonného zástupce pacientky (byl jím její syn) soud v Kemptenu pochyboval o přijatém opatření a předběžným opatřením je zrušil. Akcentována je zde problematika domnělé vůle, rozhodnutí i proti vůli lékaře a rozhodnutí „*in dubio pro vita*“.

Řeší se zde tedy jedna z nejzávažnějších otázek: Zdali se mají „*PV*“ vztahovat pouze na umírající, nebo jestli mohou podle nich být řešeny i situace pacientů, kteří jsou sice těžce nemocní, avšak neumírají. To je významné např. u pacientů ve vigilním kómatu. Další důležitou otázkou je diskuze o roli tzv. domnělé vůle pacienta. Znovu je zdůrazněna zásada „*in dubio pro vita*“.

4. Rozsudek 3. komory prvního senátu Ústavního soudu z 2. 8. 2001⁶⁵

Stěžovatelka byla členka náboženské společnosti Svědci Jehovovi. Před operací předala lékaři dokument⁶⁶, který se týkal nutnosti krevní transfúze. Zároveň také k prosazení své vůle jmenovala zmocněnce. Po úspěšné operaci se dostavily život ohrožující komplikace, které vyžadovaly podání krevní transfúze. Ošetřující lékař se 13. 6. 1992 obrátil na opatrovnický soud, aby ustanovil opatrovníka, protože stěžovatelka by jako Svědkyně Jehovova transfúzi odmítla. Bez těchto transfúzí by se pravděpodobnost uzdravení blížila nule. Tentýž den ustanovila příslušná soudkyně okresního soudu jako opatrovníka jejího manžela, který členem zmíněné náboženské společnosti nebyl. Ten okamžitě s transfúzí souhlasí. Celkem bylo těchto transfúzí podáno dvanáct. Stěžovatelka potom namítala proti ustanovení opatrovníka. Tím měla být ohrožena její svoboda rozhodování a tělesná nedotknutelnost. Ústavní soud stížnost stěžovatelky nepřijal. Zdůvodnil to tak, že opatrovnický soud nerozhodoval o krevních transfúzích, ale pouze ustanovil opatrovníka. Pokud by se opatrovník rozhodl proti transfúzím, byl by narušil takový lékařský zásah nedotknutelnost osoby.

64 Srov. SPOLKOVÝ ÚSTAVNÍ SOUD, (BVerfG): 3. Kammer des Ersten Senats, Rozhodnutí z 2. 8. 2001 - 1 BvR 618/93, <http://beck-online.beck.de/Default.aspx?details=off&words=NJW-+2002+206&chkdoktyp=on&chkrestrict=-on&btsearch.x=0&btsearch.y=0>, (14. 4. 2008).

65 Srov. PUTZ, STELDINGER: *Patientenrechte am Ende des Lebens*, 197.

66 Jedná se o německý „*Dokument zur ärztlichen Versorgung*“. V České republice se používá dokument „*Plná moc a pokyny pro léčebnou péči*“ („*Žádou krev*“).

Ústavní soud také uvedl, že opatrovnickému soudu nebylo známo, že stěžovatelka už svého zmocněnce jmenovala. Opatrovnický soud musel také pochybovat o tom, zdali by stěžovatelka tvář v tvář život ohrožující situaci skutečně život zachraňující opatření odmítla. Co Ústavní soud připouštěl, byl minimální zásah do svobody rozhodování stěžovatelky, nikoliv útok na svobodu náboženského vyznání nebo na náboženskou svobodu. Na závěr Ústavní soud uvedl, že v situaci, kdy nebylo známo ustanovení zmocněnce pacientky, soud zvažoval také ohrožení života pacientky, vzal do úvahu nutnost ochrany života, blaho rodiny a dětí.

V této stížnosti Ústavní soud velmi precizně rozlišuje v podání stěžovatelky jednotlivé důvody, pro které by měla být stížnost přijata. Zdůrazňuje, že opatrovnický soud pouze ustanovil opatrovníka. Jsou zde však uvedeny některé další názory, které jsou pro naši problematiku významnější. Je to především názor, že pokud by opatrovník stěžovatelky nesouhlasil s podáním transfúzí, znamenalo by takové jejich podání zásah do tělesné nedotknutelnosti, a tedy narušení základního ústavního práva. Co zde však uvádí dále, je pravděpodobnost změny názoru stěžovatelkou, dále zásada zachovat se v pochybnostech pro život a také přihlídnutí k blahu rodiny a dětí.

Ústavní soud tedy zdůrazňuje na jednu stranu ústavní právo tělesné nedotknutelnosti, na druhou stranu klade možnost změny názoru, zásadu „*in dubio pro vita*“ a blaho rodiny a dětí.

5. Schleswigský rozsudek z 17. 3. 200367

Postižený pacient utrpěl následkem infarktu myokardu hypoxické postižení mozku ve smyslu apalického syndromu. Od té doby byl živen PEG sondou⁶⁸. Na popud kliniky, kde byl pacient hospitalizován, ustanovil okresní

67 Srov. SPOLKOVÝ SOUDNÍ DVŮR, (BGH): Rozhodnutí z 17. 3. 2003 - XII ZB 2/03, <http://beck-online.beck.de/Default.aspx?typ=-reference&y=300&z=NJW&b=2003&s=1588>, (14. 4. 2008).

68 PEG sonda je způsob podávání výživy pacientům, kteří nemohou z jakéhokoliv důvodu přijímat potravu ústy. Jiným důvodem aplikace PEG sondy může být jakákoliv překážka v trávicím traktu umístěná nad žaludkem. Zkratka PEG znamená „perkutánní endoskopickou gastrostomii“. Jde o spojení žaludku a povrchu břicha tenkým kanálkem. To potom umožňuje

soud za opatrovníka syna postiženého. 8. 4. 2002 se na tento soud opatrovník obrátil se žádostí zastavit výživu pomocí PEG sondy vzhledem ke stavu jeho otce, u něhož nelze očekávat zlepšení⁶⁹. Syn-opatrovník-účastník procesu poukázal na „PV“, který jeho otec sepsal a podepsal: *„V případě, že již nebudu schopen sám o sobě rozhodovat, si přeji: v případě ireverzibilního bezvědomí, velmi těžkých trvalých poškozeních mého těla nebo trvajících nedostatečností životních funkcí mého těla nebo v konečném stádiu ke smrti vedoucí nemoci, pokud by péče vedla jen k dalšímu prodlužování umírání: nechci žádnou intenzivní péči, přeji si zastavení výživy, pouze strach nebo bolest tisíci prostředky, pokud to bude nutné. Nepřeji si umělou podporu dýchání, krevní transfúze, orgánové transplantace [...]“*. Manželka a dcera s tímto vyjádřením souhlasí a podporují ho. Okresní soud žádost zamítl, s tím, že nemá právní opodstatnění.

V rozhodování Spolkového soudního dvora se jedná o to, zda je třeba při odmítnutí PEG sondy schválení opatrovnického soudu. Jedná se o to, zdali opatrovnické soudy mají rozhodovat o ukončování život udržujících opatřeních. Podle Spolkového soudního dvora mají být opatrovnické soudy povolávány pouze tehdy, pokud opatrovník vyžaduje ukončení život udržujících opatření, a lékař naopak na těchto opatřeních trvá. Tím se má zabránit tomu, aby se z opatrovnických soudů nestávaly instituce, které by obecně kontrolovaly lékařské jednání, čímž by převzaly úkol, který jim v právním řádě nenáleží. To, co dále považuje Spolkový soudní dvůr za podstatné, je, že považuje lékařské indikace za odborný úsudek o hodnotě nebo nehodnotě (*„Wert oder Unwert“*) nějakého lékařského postupu v konkrétním případě⁷⁰.

Jaké jsou další závěry vyplývající z tohoto rozhodnutí Spolkového soudního dvora? Ústní „PV“ má tutéž závaznost jako písemné „PV“. Platí tak

podávání přízpusobené výživy přímo do žaludku. Tato metoda nevyžaduje aktivní spolupráci pacienta, může být zavedena i v jeho bezvědomí. Pacient tak může být vyživován velmi dlouhou dobu. Samotná aplikace PEG sondy i potom podávání výživy touto sondou patří k největším dilematům v problematice dříve projevených přání. Podle převažujícího názoru německé justice lze aplikaci i podávání stravy odmítnout z důvodu narušení tělesné nedotknutelnosti.

⁶⁹ Což může být právě u apalického syndromu pochybné. Dříve projevená přání u pacienta s apalickým syndromem, resp. péče o pacienta s apalickým syndromem ve světle dříve projevených přání patří také k velmi diskutovaným tématům.

⁷⁰ Srov. PUTZ, STELDINGER: *Patientenrechte am Ende des Lebens*, 199.

dlouho, dokud není prokazatelně známo, že byly odvolány. Platné „PV“ nemůže nahradit ani domnělá vůle, zprostředkovaná zástupcem pacienta. Na druhou stranu je individuální domnělá vůle představou o hodnotách u konkrétního pacienta. Pokud i tato představa chybí, lze se uchýlit k tzv. objektivní domnělé vůli, která je obecnou představou o tom, jak by se pacientova situace měla řešit⁷¹.

Za další považuje Spolkový soudní dvůr za nutné zdůraznit, že právní přípustnost připuštění smrti předpokládá, že základní problémy⁷² jsou na základě nejnovějších medicínských názoru ireverzibilní a infaustní⁷³.

Toto rozhodnutí Spolkového soudního dvora vyvolalo bouřlivou kritiku⁷⁴. Vytýká se mu omezení práva na sebeurčení na okamžik, kdy jsou problémy pacienta ireverzibilní a infaustní. Má se naopak za to, že ústavní právo podle článku 1 a 2 platí v každé fázi života, a že tedy vždycky je zákrok provedený proti souhlasu nebo nesouhlasu pacienta protiústavní. Také se vyčítá, že Spolkový soudní dvůr omezil možnost přijetí případů k opatrovnickému soudu pouze na konfliktní případy. Nepochopil, že během jednání se tak připouští, že lékařský zásah musí být prosazen. Naopak kritika má za to, že by tak bylo narušeno ústavní právo na tělesnou nedotknutelnost, které má však také trvalou platnost⁷⁵.

6. Rozsudek Vrchního zemského soudu v Mnichově^{76,77}

Žalujícím byl v této soudní při Peter K., jehož zastupoval jeho otec jako opatrovník. Peter K. byl mladý, úspěšný muž, který jako zázrakem vyvázl z velmi těžké dopravní nehody nezraněn. Tato událost ho však změnila. Přemýšlel o tom, co se stalo, a všem blízkým se s tím svěřoval. Uvažoval o všem, co se mohlo stát.

71 Srov. tamtéž.

72 Grundleiden.

73 Srov. tamtéž, 200.

74 Srov. tamtéž, 200, pozn. 1.

75 Srov. tamtéž.

76 Srov. SPOLKOVÝ SOUDNÍ DVŮR, (BGH): Závěr z 8. 6. 2005 - XII ZR 177/03, <http://beck-online.beck.de/Default.aspx?typ=referen-ce&y=300&z=NJW&b=2003&s=1588>, (14. 4. 2008)

77 Srov. PUTZ, STELDINGER: Patientenrechte am Ende des Lebens, 54.

Začal být depresivní. Přemýšlel o tom, jak by žil, kdyby nemohl žít svůj, aktivní život. Kdyby musel ležet v posteli, závislý na přístrojích, technice a péči ostatních lidí. Propadal stále více depresím, chtěl ukončit svůj život a přemýšlel, jaký způsob zvolit, aby bylo vyloučeno, že by se pokus nezdařil, že by byl odkázán na pomoc ostatních. Uvažoval o skoku z mostu nebo o oběšení. Nakonec zvolil oběšení. Nicméně byl nalezen a přivolaný lékař ho resuscitoval tak dlouho, dokud se mu nepodařilo obnovit krevní oběh. Byl však velmi závažně poškozen Peterův mozek, jehož projevem byl apalický syndrom (tzv. coma vigil). Od té chvíle byl Peter K. závislý na pomoci ostatních, na přístrojích a ostatních technických opatřeních. Otec jako opatrovník syna chtěl prosadit synovo přání zemřít. Ošetřující lékař ho v tomto přání podporoval. V této záležitosti vypracoval lékařský pokyn, prikazující úplně zastavit přívod živin a přívod tekutin omezit na paliativní minimum. Pečovatelské zařízení, kde Peter K. pobýval, však tento lékařský pokyn nerespektovalo a používalo pro výživu pacienta PEG sondu. Hlavním argumentem pečovatелů bylo, že onen pokyn odporuje jejich etické orientaci. V roce 2003 onemocněl Peter K. těžkým zápalem plic. Bez toho, že by byl informován jeho ošetřující lékař a opatrovník, byl pacient přeložen do nemocnice. Nemocnice však respektovala „PI“ pacienta a nezavedla ani kurativní léčbu ani výživu PEG sondou. Přesto Peter K. onemocnění přežil. Jakmile byl však Peter K. přeložen zpět, bylo opět zavedeno podávání výživy PEG sondou. Později přestala být PEG sonda funkční. VormG však ustanovil doplňujícího opatrovníka, který s aplikací nové PEG sondy souhlasil. Byla tedy zavedena nová PEG sonda. Krátce nato onemocněl Peter K. znovu infekční nemocí. Tentokrát byla ordinována pouze utišující medikace a péče. Tento pokyn personál pečovatelského zařízení respektoval. Peter K. Zemřel 26. 3. 2004. Spor skončil smrtí žalobce, Petera K.

Na pozadí sporu o podávání umělé výživy je tento spor také sporem o svobodu rozhodování pečujícího personálu.

Stran podávání umělé výživy PEG sondou panuje v německých právnických kruzích shoda v tom, že její zavedení podléhá souhlasu nebo nesouhlasu pacienta. Nerespektování jeho přání je nedovoleným zásahem do

pacientovy tělesné integrity, je tedy útokem na jeho základní ústavní právo.

Co se týče sporu o svobodu rozhodování pečujícího personálu, má Spolkový soudní dvůr za to, že požadavkem žalujícího Petera K. není svoboda rozhodování ošetřujícího personálu dotčena, a odkazuje na článek 2, odstavec 1 „GG“⁷⁸. V každém případě nepropůjčuje svoboda svědomí právo ošetřujícímu personálu skrze aktivní jednání narušovat právo na sebeurčení ošetřovaného, v našem případě opatrovníkem zastoupeného Petera K.⁷⁹

Tím ovšem otázky vyčerpány nejsou. Zůstává otázka role svědomí „*in foro externo*“. Pokud se každé rozhodnutí člověka projeví nějakým způsobem i navenek a pokud za každým rozhodnutím stojí výrok svědomí, znamená to také, že nevyhnutelně každým našim činem vstupujeme do sféry ostatních (protože žádný čin nezůstává viset ve vzduchoprázdnu). Znamená to také, že tuto sféru narušujeme? Jaká je potom role lékařova svědomí? Jaká je potom role lékaře? A co z ní potom eticky vyplývá? Jaký vliv má pak tato diskuze na celý kontext lékařské etiky? A dokážeme dohlédnout, co všechno se změní?

7. Shrnutí soudních rozhodnutí

Všechna uvedená soudní rozhodnutí přinášejí poměrně konzistentní postoje. Vycházejí z koncepce lidských práv, jak je zakotvená v německém „*Grundgesetz*“. V centru jejich rozhodování je vždy autonomie pacienta, jeho důstojnost a sebeurčení, které pak nachází výraz v konkrétním rozhodnutí.

V soudních rozsudcích a jejich odůvodněních se diskutuje o řadě problémů. Upozorním na některé z nich.

Diskutuje se například o tzv. domnělé vůli pacienta. O domnělé vůli pacienta se mluví v situaci, kdy pacient není schopen o sobě rozhodnout a nezanechal žádné „*PV*“, podle kterého by se mohla řídit další péče. V této situaci nastupuje úvaha o tom, jak by se pacient v dané situaci pravděpodobně rozhodl.

⁷⁸ Srov. GG, článek 2, odstavec 1: Každý má právo na svobodný rozvoj své osobnosti, pokud tak nejsou narušena práva ostatních a pokud se nejedná proti ústavnímu pořádku nebo mravnímu zákonu.

⁷⁹ Srov. PUTZ, STELDINGER: *Patientenrechte am Ende des Lebens*, 203.

Vychází se z buď z hodnotových představ pacienta, pokud jsou pacientovy názory známy, nebo se vychází z hodnotových představ příbuzných nebo lékaře (zdravotnického personálu obecněji). Konstatuje se však, že pokud pacient „PV“ pořídil, nelze je nahradit řešením pomocí tzv. domnělé vůle pacienta.

Důležitý je také názor, že ústně vyjádřené „PV“ má stejnou závaznost jako písemně pořízené „PV“.

Dále se diskutovala možnost změny názoru. Tedy otázka, zda by se pacient v konkrétní nastalé situaci nerozhodl přece jen jinak. Konstatuje se však, že pokud existuje platné „PV“, je nutno se jím řídit. „PV“ platí do okamžiku odvolání.

Dalším problémem, kterým se německé soudnictví zabývalo, byla otázka, zdali se mají „PV“ vztahovat pouze na umírající, nebo se mohou týkat i pacientů, kteří jsou sice těžce nemocní, avšak nejsou ve fázi umírání (nevyléčitelně nemocní, pacienti v coma vigile). Některá soudní rozhodnutí byla v tomto smyslu dosti kritizována a ani dnes není tato otázka jednoznačně vyřešena. Převládá však mínění, že „PV“ je možno zřídit kdykoliv, protože vychází z fundamentálních lidských práv.

Jiným důležitým okruhem problémů je konflikt svobodného rozhodnutí pacienta se svobodným rozhodnutím lékaře. Má se za to, že svoboda ošetřujícího personálu není dotčena rozhodnutím pacienta, protože svoboda svědomí ošetřujícího personálu nepropůjčuje právo skrze aktivní jednání narušovat právo na sebeurčení ošetřovaného. Tento problém byl řešen v souvislosti s podáváním umělé výživy PEG sondou. I tento způsob podávání potravy podléhá souhlasu nebo nesouhlasu pacienta.

Poněkud obecnějšími problémy byly zásada „*in dubio pro vita*“, tedy že v pochybnostech je třeba rozhodnout se vždy pro udržení života. A soudy neopomíjely také otázku kontextu a motivace jednajících.

3.3 Vnímání a řešení problému v etické oblasti

3.3.1 Zásady lékařského doprovázení ke smrti Německé lékařské komory⁸⁰

Tímto textem vyjadřuje Německá lékařská komora svůj postoj k úloze lékaře při doprovázení umírajících a k problematice „*Patientenverfügung*“. Jedná se o mimořádně hutný text. Nejde zde však o argumentaci autoritou. Jde o to vnímat, jak se taková autorita k problematice vyjadřuje a jak řeší její problémy.

Celý text je rozdělen do několika částí. Rozebereme je postupně.

1. Preambule

„Úkolem lékaře je zachovat život pacienta, chránit nebo obnovit jeho zdraví, tišit bolest a umírající doprovázet.“ To vše v rámci pacientova práva na sebeurčení. Povinnost lékaře zachovat život však neplatí za všech okolností. Jsou však situace, kdy jinak přiměřená diagnosticko-terapeutická opatření nemají smysl. Pak je v popředí péče o pacienta paliativní přístup. V každém případě je však lékař povinen zajistit pacientovi tzv. bazální péči. Co do bazální péče patří, čteme následně: *„Lidsky důstojné uložení pacienta, péče o tělo, tlumení bolesti, dušnosti a nevolnosti, tišení hladu a žízně“*. *„Za způsob a rozsah je na základě lékařské indikace zodpovědný lékař. To platí také pro umělou výživu a umělý přívod tekutin. Musí ale dbát⁸¹ vůle pacienta.“* Odmítá se aktivní eutanázie s tím, že je trestná, i když se tak stane na základě zabití na požádání. Také účast na sebevraždě odporuje lékařskému étosu.

⁸⁰ Srov. BUNDESÄRZTESKAMMER: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbebegl2004.pdf>, (31. 8. 2008).

⁸¹ Beachten.

„Toto prohlášení nezbavuje lékaře odpovědnosti. Všechna rozhodnutí musí být učiněna na základě zvážení konkrétní situace.“

Připomíná se role lékaře: *„Úkolem lékaře je zachovat život pacienta, chránit nebo obnovit jeho zdraví, tišit bolest a umírající doprovázet.“*

V preambuli je vyjádřena základní struktura řešené problematiky. Lékařská péče se odehrává v rámci pacientova práva na sebeurčení. Klade se otázka smysluplnosti diagnosticko-terapeutických opatření. Ta nemají být samoučelná nebo alibistická, ale mají pro pacienta přinášet přesvědčivý prospěch. Pokud jsou přijatá opatření bez efektu, důraz přechází na paliativní péči. V každém případě je však lékař povinen zajistit tzv. bazální péči. O obsahu bazální péče se neustále diskutuje, zde Německá lékařská komora uvádí svůj názor. Zdůrazňuje se však také, že přesto, že pacient určil rámec péče o svoji osobu, nezbavuje toto prohlášení lékaře odpovědnosti. Lékař musí vždy vycházet z konkrétní situace.

2. Lékařské povinnosti vůči umírajícím

„V péči o umírající, ať už nemocné nebo zraněné, u nichž selhává jedna nebo více vitálních funkcí, tam, kde se očekává brzká smrt, je lékař povinen postupovat tak, aby takoví pacienti mohli zemřít lidsky důstojně.“ *„Tato pomoc spočívá v postupech paliativní medicíny a v zajištění bazální péče.“* Upozorňuje se na to, že přívod živin i tekutin může být pro umírajícího velmi zatěžující a že jde o to tlumit spíše subjektivní pocity hladu a žízně. *„Postupů, které by pouze oddalovaly smrt, se lze se souhlasem pacienta vzdát.“* Lze také přijmout nevyhnutelné zkrácení života při podávání prostředků tišících bolest. Ovšem cílené zkrácení života opatřeními, která smrt přivodí nebo urychlí umírání, se považuje za aktivní eutanázii. *„Nemocní musejí být informováni pravdivě, avšak přiměřeně jejich situaci.“* Také rozhovor s příbuznými patří k povinnostem lékaře, pokud si takový rozhovor pacient přeje.

Klade se důraz na lidsky důstojnou smrt. Přitom se lze vzdát úkonů, které by umírání oddalovaly. Rozlišuje se také postup, jehož cílem je přivodit smrt

nebo urychlit umírání, ten je považován za aktivní eutanázii a jako takový je odmítnut. Naproti tomu je přijatelné zkrácení života při podávání prostředků tišících bolest. Vše se odehrává s důrazem na pravdivé informování pacienta.

3. Postup u pacientů s infaustní prognózou

„U pacientů, kteří sice neumírají, ale v dohledné době zemřou, lze uvážit změnu terapeutického cíle tehdy, když život udržující opatření pouze prodlužují utrpení. Takový postup musí odrážet vůli pacienta.“

„U novorozenců s nejtěžšími postiženími nebo poruchami metabolismu, pokud není žádná vyhlídka na uzdravení nebo zlepšení, lze po souhlasu rodičů ukončit nebo nenasadit život prodlužující opatření. Totéž platí pro extrémně nezralé novorozence, u nichž je nevyhnutelná smrt, a dále pro novorozence, kteří utrpěli nejtěžší poškození mozku. U postižení, která nejsou tak závažná, není žádný důvod k ukončení nebo k nenasazení život udržujících opatření, i když rodiče naléhají. Podobně jako u dospělých, neexistují žádné výjimky z povinnosti tišit utrpení.“

Pokud je tedy zřejmé a pacient souhlasí, lze změnit terapeutický cíl péče, a to i tehdy, když pacient není v terminálním stádiu své nemoci. U novorozenců s nejtěžšími postiženími nebo poruchami metabolismu lze se souhlasem rodičů také přístup modifikovat⁸². Tam, kde se nejedná o nejtěžší postižení, „není žádný důvod k ukončení nebo k nenasazení život udržujících opatření, i když rodiče naléhají“. Připomíná se, že i u novorozenců existuje povinnost tišit utrpení.

4. Péče o pacienty s nejtěžšími cerebrálními postiženími a trvajícím bezvědomím

„Pacienti s nejtěžšími poškozeními mozku a trvajícím bezvědomím mají, jako všichni pacienti, právo na péči a podporu.“ Také oni mají právo, při

⁸² Zde vnímám jako problém vágní termín „nejtější postižení“. Obávám se, že prakticky situace nijak usnadněná není.

respektu k vůli pacienta, na život udržující⁸³ terapii. *„Trvající bezvědomí nesmí být jediné kritérium vysazení život udržující terapie. [...] Pokud pacient nezmocnil nikoho stran svých zdravotních záležitostí, je nutné takového zmocněnce ustanovit.“*

Zde je významné to, že délka trvání bezvědomí nesmí být jediným kritériem rozhodujícím o změně terapeutického přístupu. Důležité je také jmenování zmocněnce ve zdravotních záležitostech. Pokud takový zmocněnec není již jmenován, je třeba ho jmenovat.

5. Zjišťování pacientovy vůle

„Lékař respektuje vůli pacienta, pokud pacient odmítl terapii po náležitém poučení a je schopen se rozhodnout. Lékař respektuje vůli pacienta i tehdy, pokud se tato vůle nekryje s diagnosticko-terapeutickými opatřeními. To platí také pro ukončení život udržující terapie. Lékař má pomoci pacientovi, který potřebuje nutnou pomoc, rozmyslet si své rozhodnutí.“ „Patientenverfügung“ je pro lékaře závazné „*tak dalece*“, jak je konkrétní situace v „Patientenverfügung“ popsána, a pokud není známo, že by pacient svou vůli změnil. V případě, že pacient ustanovil zástupce, je jeho vyjádření rozhodující. Pokud ale tento zástupce odmítá život udržující opatření, má se lékař obrátit na „Vormundschaftsgericht“. Do jeho rozhodnutí jsou život udržující opatření prováděna. V případě, že není lékařův žádným způsobem známa konkrétnější vůle pacienta, může se lékař rozhodovat podle tzv. domnělé vůle pacienta⁸⁴. V případě pochyb má lékař jednat ve prospěch zachování života.

Opakuje se, že lékař respektuje vůli pacienta, i když se tato vůle nekryje s navrhovanými diagnosticko-terapeutickými opatřeními. „Patientenverfügung“ je pro lékaře závazné „*tak dalece*“, jak je konkrétní situace v „Patientenverfügung“ popsána, a pokud není známo, že by pacient svou vůli změnil. Pokud opatrovník pacienta odmítá navrhovaná život udržující opatření, má se lékař obrátit na „Vormundschaftsgericht“. Do rozhodnutí jsou aplikována život udržující opatření.

83 Lebenserhaltende.

84 Ať už podle domnělé vůle subjektivní nebo objektivní.

Svou váhu má i domnělá vůle pacienta.

6. Definice „Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen“

Tyto instituty jsou výrazem pacientova práva na sebeurčení. „*Isou významnou pomocí v jednání lékaře.*“

„*Patientenverfügung*“⁸⁵ „*je písemné nebo ústní vyjádření vůle pacienta k budoucí péči v případě, že nebude schopen se vyjádřit. V něm pacient vyjadřuje zda, a v jakém rozsahu v konkrétních a blíže specifikovaných situacích nemoci si přeje některá léčebná opatření, nebo si je nepřeje.*“ „*Od závěti se liší tím, že není vyžadován žádný formulář. Mělo by být ale vyhotoveny písemně.*“

„*V případě „Vorsorgevollmacht*“⁸⁶ *určí pacient jednu nebo více osob k tomu, aby rozhodovala zdravotních záležitostech tehdy, když bude ve stavu, že se ke své situaci nebude schopen vyjádřit.*“ Má být učiněno písemně. Pokud se jedná o taková opatření, která by mohla v případě jejich odmítnutí způsobit těžké postižení nebo smrt, musí se lékař obrátit na „*Vormundschaftsgericht*“. Zdali je takové zmocnění platné, není jisté. Lékař však provádí život udržující opatření až do rozhodnutí „*Vormundschaftsgericht*“.

„*Betreuungsverfügung*“⁸⁷ je „*vyjádření určené „Vormundschaftsgericht*“ *pro případ ustanovení opatrovníka.*“ Pacient jím vyjadřuje svá přání týkající se eventuálního ustanovení opatrovníka a může také vyjádřit vůči němu svá přání ohledně péče a diagnosticko-terapeutických postupů. Zmocněná osoba má svoji působnost pouze ve světě svěřených úkolů.

85 „*Patientenverfügung (auch Patiententestament genannt) ist eine schriftliche oder mündliche Willensäußerung eines einwilligungsfähigen Patienten zur zukünftigen Behandlung für den Fall der Äußerungsunfähigkeit. Mit ihr kann der Patient seinen Willen äußern, ob und in welchem Umfang bei ihm in bestimmten, näher umrissenen Krankheitssituationen medizinische Maßnahmen eingesetzt oder unterlassen werden sollen. Anders als ein Testament bedürfen Patientenverfügungen keiner Form, sollten aber schriftlich abgefasst sein.*“

86 „*Mit einer Vorsorgevollmacht kann der Patient für den Fall, dass er nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, eine oder mehrere Personen bevollmächtigen, Entscheidungen mit bindender Wirkung für ihn, u. a. in seinen Gesundheitsangelegenheiten, zu treffen.*“

87 „*Eine Betreuungsverfügung ist eine für das Vormundschaftsgericht bestimmte Willensäußerung für den Fall der Anordnung einer Betreuung.*“

7. Shrnutí

Tímto textem se Německá lékařská komora vyjadřuje k problematice „*Patientenverfügung*“. Vychází přitom ze situace nemocného a umírajícího člověka. To je koneckonců vidět i na struktuře textu a názvech jednotlivých podkapitol. Nyní se pokusíme ještě jednou shrnout nejzásadnější momenty celého textu.

Veškerá lékařská péče se odehrává v rámci pacientova práva na sebeurčení. Jednat mimo tento rámec, ať už je motivace jakákoliv, vždy znamená narušovat jedno z jeho základních lidských a ústavních práv.

Pak je definována role lékaře v péči o pacienta: „*Úkolem lékaře je zachovat život pacienta, chránit nebo obnovit jeho zdraví, tišit bolest a umírající doprovázet.*“ „*Pacientovo prohlášení nezavazuje lékaře odpovědnosti. Všechna rozhodnutí musí být učiněna na základě zvážení konkrétní situace.*“ Lékař však respektuje vůli pacienta, i když se tato vůle nekryje s navrhovanými diagnosticko-terapeutickými opatřeními.

Jsou také nastoleny otázky smysluplnosti diagnosticko-terapeutických opatření a otázky obsahu bazální péče. Také se lze vzdát úkonů, které by umírání oddalovaly. Přípustné je zkrácení života při podávání prostředků tišících bolest. Naproti tomu přivodit smrt nebo urychlit umírání se odmítá jako aktivní eutanázie. U novorozenců se rozlišuje mezi těžkými a nejtěžšími postiženími. Toto není definováno. U pacientů s trvajícím bezvědomím nesmí být jediným kritériem při rozhodování o rozsahu terapie doba trvání bezvědomí.

„*Patientenverfügung*“ je tak dalece závazné, nakolik se pacient nachází v situaci, jak je v „*PV*“ popsána, a pokud není jasné, že by pacient svou vůli změnil.

Závěrem se terminologicky vysvětlují pojmy „*Patientenverfügung*“, „*Vorsorgevollmacht*“, „*Betreuungsverfügung*“.

3.3.2 Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících⁸⁸

Dalším textem, který ve formě *„Doporučení Parlamentního shromáždění Rady Evropy číslo 1418, z roku 1999* ovlivňuje diskuzi v Německu, je *„Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících“*.

V úvodu připomíná, že zatímco pro rozvojové země je jednou ze základních otázek zajištění kvalitní základní péče, země vyspělého světa řeší požadavek odlišný. Tímto požadavkem je zabránit zbytečnému a bezesmyslnému prodlužování terminální fáze života. *„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.“* Aktivní eutanázie je *„zkratkovitým řešením, zjednodušující [...] celý problém konce lidského života, odporovala by základní povinnosti lékaře sloužit životu a těžce by narušila vztah důvěry mezi lékařem a pacientem“*.

V článku druhém se upozorňuje, že se často při prodlužování života člověka zapomíná *„na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují“*.

Ve článku třetím připomíná tento text rezoluci č. 613 Parlamentního shromáždění z roku 1976 [...] *„že největším přáním většiny umírajících pacientů je zemřít pokojně a s důstojností, pokud možno za doprovodu příbuzných a přátel, s jejich útěchou a podporou“*. V dalším *„Doporučení“* z roku 1976, číslo 776 pak připomíná, že *„prodloužení života by nemělo být jediným cílem lékařské činnosti, jejíž snahou také musí být ukončit utrpení“*.

V článku čtvrtém připomíná a navazuje na *„Konvenci o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny“*.

V článku pátém se připomíná, že důstojnost umírajících a smrtelně nemocných je odvozena ze základního lidského práva nedotknutelnosti lidské

⁸⁸ Srov. PARLAMENTNÍ SHROMÁŽDĚNÍ RADY EVROPY: Doporučení 1418 (1999) - Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících <http://www.hospice.cz/hospice1/data/radaevro.htm>, (5. 4. 2008).

osoby.

V článku šestém zasazuje péči o umírající do celku lidského života. Tak jako je lidský život více zranitelný na svém začátku, je také více zranitelný i na svém konci. Úlohou společnosti je pak tento zranitelný život chránit.

Článek sedmý je rozdělen na několik podčástí. Budu se přidržívat původního značení. V tomto článku se již konkrétněji popisuje, jak jsou ohrožena práva umírajících a smrtelně nemocných. Dovolím si je ocitovat v celku:

- „i. malou dostupností paliativní péče a kontroly bolesti;*
- ii. častým zanedbáváním péče o tělesné utrpení a nedostatečným ohledem na psychologické, sociální a duchovní potřeby;*
- iii. umělým prodlužováním procesu umírání, buď nepřiměřeným používáním léčebných prostředků, nebo pokračováním v léčbě bez pacientova či pacientčina souhlasu;*
- iv. nedostatečným dalším vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči;*
- v. nedostatečnou péčí a podporou věnovanou rodinným příslušníkům a přátelům smrtelně nemocné nebo umírající osoby, jež by mohly přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích;*
- vi. obavami nemocného ze ztráty autonomie, z úplné závislosti na příbuzných a institucích a z toho, že by mohl být na obtíž;*
- vii. chybějícím nebo nevhodným sociálním a institucionálním prostředím, umožňujícím pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli;*
- viii. nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči o smrtelně nemocné a umírající a pro jejich podporu;*
- ix. sociální diskriminací, jaká je vlastní slabosti, umírání a smrti.“*

V článku osmém, písmenu a, se doporučují konkrétní opatření ke zlepšení situace umírajících a smrtelně nemocných. Významnější pro tematiku „*dříve projevených přání*“ je písmeno b článku osm. Tuto část si znovu dovoluji ocitovat v celku a tučně zdůrazním momenty, které se tematiky „*dříve projevených přání*“ týkají.

Státy mají respektovat a chránit důstojnost smrtelně nemocných a umírajících

„B. tím, že budou chránit právo smrtelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:

*i. aby se prosadilo **právo** smrtelně nemocné nebo umírající osoby **na upřímnou, srozumitelnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu** a aby při tom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován;*

*ii. aby měla každá smrtelně nemocná nebo umírající osoba **možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího;***

*iii. aby bylo zajištěno, že **žádná smrtelně 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.** Musí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem;*

*iv. aby bylo zajištěno, že **bude respektováno odmítnutí určitého lékařského postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle, v „pořizení“ smrtelně 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, ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí.** Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, která jsou učiněna 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**⁸⁹*

89 Přání, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, které se opírají o hodnoty přijaté v společnosti nemusí být pro pacienta vždy výhodou. Závisí zde na konvergenci nebo divergenci názorů pacienta a společnosti. Jiné dokumenty naopak vyžadují, aby se bral ohled i na tzv. objektivní domnělou vůli pacienta, tedy na to, co by obecně vyžadoval pacient v této

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;

v. aby bylo zajištěno, že výslovná přání smrtelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností⁹⁰;

vi. 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 musí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány.“

„C. že zachovají předpis zakazující úmyslné usmrcení smrtelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:

i. uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k smrtelně 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“;

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

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

Shrnutí

Důstojnost umírajících a smrtelně nemocných je odvozena ze základního lidského práva nedotknutelnosti lidské osoby. Zde se odkazuje na „*Konvenci o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny*“. Požadavkem je zabránit zbytečnému a bezesmyslnému prodlužování

konkrétní situaci.

90 To lze vnímat jako sporné. Právě o zodpovědnost lékaře a důstojnost pacienta jde v naší problematice především. Otázkou zde je, co je v konkrétní situaci lidsky důstojné a co přesně vyjadřuje slovní spojení „zásadní“ terapeutická zodpovědnost lékaře.

terminální fáze života. Státy mají respektovat a chránit důstojnost smrtelně nemocných a umírajících. Lidský život je více zranitelný na svém začátku, je také více zranitelný i na svém konci. Úlohou společnosti je pak tento zranitelný život chránit.

Péče má probíhat v souvislosti s tím, co osoba říkala před okamžikem rozhodování, před tím, než začala umírat, „*a to v odpovídající situaci*“, [...] „*při ještě zachovaných duševních schopnostech*“⁹¹. Pacient má právo na srozumitelnou informaci o zdravotním stavu. Má se respektovat, pokud někdo nechce být informován. „*Výslovná přání smrtelně 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.*“ Z toho vyplývá respekt k odmítnutí lékařského postupu vyjádřenému v písemném projevu vůle osoby, která již nebude schopna se aktuálně vyjádřit. Žádná osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, nebude nikým ovlivňována a nebude na ni činěn nátlak, zvláště ekonomický. „*V případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život.*“ Ve sporných případech se má rozhodnout ve prospěch prodloužení života⁹². Má být zachována možnost konzultace i s jinými lékaři. Nemají být činěna zástupná rozhodnutí, která by vycházela pouze z hodnotových představ společnosti⁹³. Tam, kde je to nutné, má být ustanoven zmocněnec. Je jednak nutno stanovit kritéria platnosti „*dříve projevených přání*“. Mají být také přesně stanoveny pravomoci zmocněnců.

„*Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány.*“⁹⁴

Státy mají uznat právo na život. Mají také zachovat předpis zakazující úmyslné usmrcení smrtelně nemocných a umírajících. Přání zemřít nezakládá právní nárok na smrt z ruky jiné osoby.

⁹¹ Zde se ukazuje jeden z problémů „*dříve projevených přání*“. Jiná je situace při sepisování tohoto prohlášení, jiná je situace v okamžiku aktuálního rozhodování v úplně jiné medicínské situaci.

⁹² Zásada „*in dubio pro vita*“.

⁹³ Je také konečkonců těžké určit, co jsou „*obecné hodnotové představy společnosti*“.

⁹⁴ Otázka bazální péče.

Přání zemřít také nezakládá legální ospravedlnění činností úmyslně způsobujících smrt. Aktivní eutanázie se považuje za „zkratkovité řešení“.

3.3.3. Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin. Patientenverfügungen⁹⁵

V této kapitole se budeme věnovat etickým problémům, které v tématu nachází „Zwischenbericht“.

1. Obtížná předvídatelnost budoucí situace

Jedním z hlavních problémů „PV“ je obtížná předvídatelnost situace, ve které by mělo „PV“ platit.

Jde jednak o určení časového momentu, kdy začíná „PV“ platit, protože je někdy obtížné určit okamžik, kdy pacient ztratil schopnost sebeurčení. Tato ztráta nemusí být vždycky náhlá, pacient může svoji schopnost sebeurčení ztrácet postupně.

Potom jde o rozpoznání toho, že již nastala právě ta ona situace, a ne jiná, kterou chce „PV“ ošetřit.

Dále jde o to, aby řešení obsažená v „PV“ byla v dané situaci použitelná, přílehavá, aby paradoxně nevedla ke zhoršení situace pacienta. Je například obtížné určit, co je „nesnesitelné utrpení“. Také se obtížně předjímá snesitelnost psychického utrpení.

Na druhou stranu však platí, že aspekt nepředvídatelnosti leží v každém lidském rozhodnutí, které se obrací k jakékoliv budoucí situaci⁹⁶. Proto se doporučuje, aby byla „PV“ co nejkonkrétnější, aby se nejasnosti ohledně konkrétních situací co nejvíce omezily. Jiná situace je pacientů, kteří trpí nemocí, jejíž průběh lze předvídat, jiná situace je u pacientů s nejistým průběhem nemoci

⁹⁵ Srov. DEUTSCHER BUNDESTAG: Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin. Patientenverfügungen, <http://dip.bundestag.de/btd/15/037/150-3700.pdf>, (3. 5. 2008).

⁹⁶ Srov. ZB, 10.

a koneckonců naprosto nepředvídatelná situace je u zdravých lidí⁹⁷.

2. Absence přímé komunikace mezi lékařem a pacientem

Podle „*Zwischenbericht*“ je dalším problémem „*PV*“ nedostatek otevřenosti v komunikaci mezi lékařem a pacientem v okamžiku sepisování „*PV*“. Chybí možnost v nové situaci znovu „*PV*“ prodiskutovat⁹⁸. Pak může lékař považovat předložené „*PV*“ za neměnné. Navíc „*PV*“ často vstupuje do hry v situaci, kdy již pacient nekomunikuje, a je tudíž takovýto dialog nemožný.

Zajímavým aspektem, na který „*Zwischenbericht*“ upozorňuje a který se považuje za zásadní námitku proti „*PV*“ je „*Unverfügbare verfügbar zu machen*“⁹⁹. Podle „*Zwischenbericht*“ je zde postaveno sebeurčení individualistické etiky oproti etice péče¹⁰⁰. Otázkou tedy je, zdali také ono vyžadované sebeurčení individualistické etiky nepřispělo k potlačení vztahu mezi lékařem a pacientem¹⁰¹. Problémem také je změna rolí, která se ve vztahu mezi lékařem a pacientem udála. Vidíme, že dochází ke ztrátě dialogického charakteru vztahu mezi lékařem a pacientem a tento nedostatek se nahrazuje vztahy právními s nadějí, že se zajistí to, co ve vztazích zmizelo. To může vést k tomu, že se „*PV*“ plní mechanicky.

„*Wille-Urteil-Konflikt*“¹⁰² spočívá v konfliktu mezi vůlí pacienta a odborným úsudkem lékaře. „*Zwischenbericht*“ upozorňuje na problém mechanického dodržování „*PV*“, kdy může úsudek lékaře stát proti vůli pacienta¹⁰³. Požadavek komunikace zůstává. Ke slovu přicházejí příbuzní nebo ti, které pacient v podobném institutu „*Vorsorgevollmacht*“ zmocnil k rozhodování

97 Srov. ZB, 11.

98 Srov. ZB, 11.

99 Učinit nedisponovatelné disponovatelným.

100 Srov. ZB, 11.

101 Velkou otázkou zůstává, jakou roli hraje lékař v tomto vztahu. Pokud je pacientův názor naprosto rozhodující, zůstává otázkou, zda má lékař ještě o čem diskutovat. To má samozřejmě svoje dalekosáhlé důsledky.

102 Vzniká konflikt mezi vůlí pacienta a odborným úsudkem lékaře (pečujícího, zdravotníka). „*Es ergibt sich möglicherweise ein Konflikt zwischen dem Patientenwillen und dem fachlichen Urteil des Behandlers, ein Wille-Urteil-Konflikt.*“ ZB, 11.

103 Srov. ZB, 11.

ve svých zdravotních záležitostech. Nicméně se tím podstata „Wille-Urteil“ konfliktu neřeší. Konflikt může trvat i přes všechnu komunikaci a právní zajištění pacientova seburčení.

3. Konkrétní rozhodnutí a absence jeho vývoje

Významným problémem „PV“ je fakt, že „PV“ jako jednorázový akt nepostihuje dynamiku vývoje nemoci¹⁰⁴. To se však týká všech rozhodnutí, která jsou učiněna dopředu¹⁰⁵. Řešením, které by se nabízelo, by mohlo být to, že se pacient může k němu vracet, znovu zvažovat, konzultovat s lékařem. Tato reflexe je stvrzována jakousi revalidací, kdy datovaným podpisem pacient stvrzuje obnovení svého postoje. Dalším východiskem by mohlo být to, že pro jednotlivá typická onemocnění budou připraveny formuláře, které mohou nabízet jakási řešení, případně cesty k těmto řešením¹⁰⁶. Výhodou tohoto postupu je vystižení důležitých úskalí konkrétní nemoci. Nevýhodou naopak nutná schématicnost takového přístupu.

4. Proměna hodnot, postojů a rozhodnutí v různých životních fázích

„Zwischenbericht“ upozorňuje na to, lidé během nemoci nebo v časné fázi umírání často přehodnocují svoje rozhodnutí a svoji životní situaci hodnotí nově¹⁰⁷. „Mnoho kritiků také tvrdí, že vlivem těžké nemoci nebo úrazu může dojít k takové změně osobnosti, že potom již nelze zaručit trvání takového rozhodnutí“¹⁰⁸. I tyto změny hodnot, postojů a rozhodnutí se týkají všech hodnocení, která člověk kdy učiní. Dojde potom k něčemu, co „Zwischenbericht“ nazývá „Wille-Wohl-Konflikt“¹⁰⁹. Konflikt mezi vůlí pacienta a dobrem pro

104 Srov. ZB, 11.

105 Srov. tamtéž.

106 Srov. tamtéž.

107 Srov. ZB, 12.

108 Srov. tamtéž.

109 Srov. tamtéž. Pro pečujícího může vyvstanout konflikt mezi deklarovanou vůlí pacienta a jeho aktuálním dobrem. „So könne sich für den Behandler ein Konflikt zwischen dem verfügbaren Willen und dem aktuellen Wohl des Patienten ergeben.“ „Wille-Wohl-Konflikt“.

pacienta. Opět se doporučuje¹¹⁰ otevřená komunikace v situacích, které ke změně těchto postojů mohou vést a tyto změny promítnout i do aktuálního změny „PV“ a právně je potvrdit.

Tyto argumenty však někteří právníci a etikové nepovažují za dostačující zvláště proto, že pacient je v takovém stavu, že již návrat k „PV“ a jeho precizace nejsou již možné¹¹¹.

Jako „*natürliche Wille*“¹¹² se označuje¹¹³ vůle pacienta, která je odvozena z náznaků, které během života učinil. Jde o to tyto náznaky získat, zpracovat a na jejich základě se pokusit vyřešit pacientovu situaci k jeho dobru. Tato pozice je však velmi obtížně udržitelná. Jedná se o jakýsi konstrukt, spíše konvolut myšlenek, nesourodých názorů a interpretací. Řešením, které zmiňuje „*Zwischenbericht*“¹¹⁴, není koncept autonomie, nýbrž musí být zvažovány kolidující zájmy, zvláště motivy předchozích „PV“ a aktuální zájmy pacienta¹¹⁵. Konkrétní rozhodnutí závisí na úvahách o aktuálních potřebách pacienta na jedné straně a motivech jeho předchozích „PV“ na straně druhé¹¹⁶.

5. „Patientenverfügung“ jako otevřené dveře eutanázii

„*Zwischenbericht*“ také upozorňuje na to, že „PV“ jsou částečně kritizovány jako brána ke vstupu eutanázie¹¹⁷. Nemíní se tím ani tak holandský model, kdy je eutanázie v „PV“ přímo vyžadována. „PV“ může být využito jako sociální nátlak k nevyužití nebo dřívějšímu ukončení péče o konkrétního pacienta¹¹⁸. Proti tomu se namítá, že na trestnosti zabití na požádání nemůže prohlášení typu „PV“ nic změnit¹¹⁹. Praxe „PV“ může ovšem ovlivnit společenské klima a vyvolat snahu změnit trestní zákon¹²⁰. Avšak tuto obavu nesdílejí velké

110 Srov. tamtéž.

111 Srov. tamtéž.

112 Snad lze přeložit jako „*samozřejmá vůle*“, nikoliv jako „*přirozená vůle*“.

113 Srov. tamtéž.

114 Srov. ZB, 13.

115 Srov. tamtéž.

116 Srov. ZB, 13.

117 Srov. tamtéž.

118 Srov. tamtéž.

119 Srov. tamtéž.

120 Srov. tamtéž.

instituce, které „PV“ také prosazují, nicméně aktivní eutanázii striktně odmítají – církve a hospicová hnutí¹²¹. Především však nesmí být „PV“ vnímáno jako izolovaný a rozhodující nástroj v řešení individuálních a společenských problémů týkajících se umírajících¹²². Spíše jsou „PV“ vnímány jako součást obsáhlého konceptu, který pomáhá umírajícím a jejich příbuzným projít touto životní etapou. Do tohoto konceptu patří také paliativní medicína a hospicové hnutí¹²³.

6. „Patientenverfügung“ u pacientů, kteří nejsou přímo ve fázi umírání¹²⁴

Jako „*nichtsterbende Menschen*“ označuje „*Zwischenbericht*“ pacienty s infaustní prognózou, těžkým poškozením mozku a trvajícím bezvědomím, jako např. pacienty v „*coma vigile*“, kteří však nejsou přímo ve fázi umírání¹²⁵. Právě zde je, bez ohledu na možnost připustit aktivní eutanázii, tendence prosadit „PV“, protože tito pacienti, i když nejsou ve fázi umírání, přece jen jsou udržováni v tomto svém stavu poměrně dlouhou dobu, a tak může být narušeno právo nedisponovatelnosti s lidským životem¹²⁶. Zde je jedna z největších kontroverzí, týkající se právě podávání potravy prostřednictvím PEG. Otázkou je, zdali lze podávání potravy pomocí PEG v „PV“ odmítnout.

Zajímavá je také úvaha, jestli právo na sebeurčení lze, eticky vzato, vztáhnout také na jednání druhého, který musí toto „upuštění od jednání“ naplnit. V tomto smyslu by nebylo sebeurčení pouze sebepoškozením, ale také vynuceným prolomením etických bariér¹²⁷. To také znamená, že v tomto světle již nelze mluvit o „pasivním“ jednání¹²⁸. Také se poukazuje na to, že i těžká poškození mozku a přetrvávající bezvědomí lze prožít veskrze pozitivně^{129,130}.

121 Srov. tamtéž.

122 Srov. tamtéž.

123 Srov. tamtéž.

124 „*Nichtsterbenden*“

125 Srov. tamtéž.

126 Srov. tamtéž.

127 Srov. ZB, 14.

128 Srov. tamtéž.

129 Srov. tamtéž.

130 Zajímavou otázkou by bylo zhodnotit vztah pacientů v tzv. *coma vigile* a jejich komunikač-

Problematické také je „PV“ u pacientů s prognózou, která není infaustní. Zde je diskutabilní ukončit jejich léčbu a nechat je zemřít, i když to jejich vlastní „PV“ vyžaduje. Naopak pokračování v léčbě znamená znovu jejich původní sebeurčení obnovit¹³¹.

7. Shrnutí

Které problémy vnímá „Zwischenbericht“ jako nejdůležitější?

Především je to obsah pacientova prohlášení, způsob jeho vzniku, absence dynamiky vývoje obsahu tohoto prohlášení. Protože se jedná o dokument se svým způsobem statickým obsahem¹³², vyplývá z tohoto logicky, že v takovém dokumentu lze jen velmi obtížně předvídat budoucí situaci. Konsekventně je pak také obtížné rozhodovat, zda již nastala situace, která je v „PV“ zmiňována. To je důsledkem podstaty dokumentu, který je ze své podstaty statický. Tím, že se vytratil dynamický pohled na nemoc, chybí tedy i přímá a otevřená komunikace mezi lékařem a pacientem¹³³.

Dalšími problémy, na které „Zwischenbericht“ upozorňuje, ale které vyplývají z výše uvedeného jsou „Wille-Urteil-Konflikt“ a „Wille-Wohl-Konflikt“, tedy konflikt mezi vůlí pacienta a odborným úsudkem lékaře, resp. mezi vůlí pacienta vyjádřenou v jeho prohlášení a jeho nynějším aktuálním dobrem. S těmito problémy je úzce spojen i pojem „natürliche Wille“. Jak tedy tuto pacientovu vůli hledat a jak pak zacházet s tzv. domnělou vůlí pacienta, je další z okruhu problémů, na které „Zwischenbericht“ upozorňuje.

S tímto také souvisí problematika změny názoru pacienta, proměna hodnot, postojů rozhodnutí v různých životních fázích. Má-li být interpretačním klíčem k pacientově autonomii jeho prohlášení, nelze pak najít pozici, ze které toto prohlášení interpretovat tak, aby byla pacientova

ních schopností. Z nich by potom mohly vyplynout zajímavé etické konsekvence v chování k těmto pacientům.

131 Srov. ZB, 14.

132 Byť je tento obsah v určitém časovém intervalu aktualizován.

133 Zde je zásadně problematické to, že se „PV“ sepisuje pro chvíle, kdy již pacient schopen komunikovat není. To je ovšem podstatou celého fenoménu.

autonomie naplněna.

Další problematikou, na kterou „*Zwischenbericht*“ upozorňuje, je místo „*Patientenverfügung*“ u pacientů, kteří nejsou ve fázi umírání. Zde se „*Patientenverfügung*“ namítá, že se jedná o dveře, jimiž do péče o pacienta vstupuje eutanázie.

3.3.4 Dokument Německé biskupské konference a Rady evangelických církví „Doprovázení ke smrti místo aktivní eutanázie“¹³⁴

Souborným dokumentem, který shrnuje problematiku asi od roku 1975 do roku 2002, je společný dokument vydaný Německou biskupskou konferencí a Radou evangelických církví v lednu 2003 „*Doprovázení ke smrti místo aktivní eutanázie*“. I když se jedná pouze o výtahy, přináší asi deset příspěvků a na některých z nich bych chtěl ukázat nejdůležitější diskutované problémy. Zaměřím se na to, čím jsou tyto příspěvky přínosné v problematice „*dříve projevených přání*“.

1. Právo na život a eutanázie¹³⁵

Prvním z příspěvků v tomto sborníku je text „*Právo na život a eutanázie*“. Je to text datovaný 1. června 1975. Na první pohled překvapuje aktuálnost tématu v kontrastu s datem vydání.

Jaký je význam textu pro problematiku „*dříve projevených přání*“? I když se v něm výslovně tento termín nevyskytuje, přichází s problematikou, na které později diskuze o „*dříve projevených přáních*“ do značné míry obsahově staví.

134 Srov. NĚMECKÁ BISKUPSKÁ KONFERENCE A RADA EVANGELICKÝCH CÍRKVÍ NĚMECKA: „Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe“, http://www.dbk.de/imperia/md/content/schriften/dbk6.gemeinsametexte/gt_17.pdf, (23. 4. 2008).

135 Srov. „Das Lebensrecht des Menschen und die Euthanasie“, in: Srov. NĚMECKÁ BISKUPSKÁ KONFERENCE A RADA EVANGELICKÝCH CÍRKVÍ NĚMECKA: „Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe“, http://www.dbk.de/imperia/md/content/schriften/dbk6.gemeinsametexte/gt_17.pdf, (23. 4. 2008), 9 – 16.

Zabývá se termínem a obsahem eutanázie. Za eutanázií považuje tento text to, co se v německém prostředí nazývá „*Sterbehilfe*“. Eutanázie má být prostředkem, jak umírajícímu utrpení ulehčit a zkrátit smrtelný zápas. „Nemá každý nárok na milosrdnou smrt?“ „Nemůžeme potom toto vyžadovat po lékaři a společnosti?“ „Každý, kdo stál u postele nevyléčitelně nemocného, ví o nouzi a bídě lidské bezmoci a ne nadarmo se mluví o „vysvobození“, které smrt takovému člověku přináší“. „Nejsou takové situace měřítkem, které přesahuje základní princip nedotknutelnosti života?“ A tento text se chce vyjádřit právě k tomu, co hýbe veřejnou diskuzí: „Každý člověk má právo na lidsky důstojné umírání.“ „Umírání je poslední velký lidský úkol, kterého se nemůže člověk zbavit, ale pro který musí existovat a musí existovat pomoc“. Důraz se klade na tišení bolesti a na poskytnutí nejlepší dosažitelné péče. Zdůrazňuje se také lidský aspekt takové péče, a to, aby se vytvořila atmosféra důvěry a srdečné solidarity. S tím souvisejí i duchovní otázky o směřování života, o tom, jako roli hraje víra v překonávání strachu ze smrti, když věřící může dát smysl utrpení tím, že je účastí na utrpení samotného Krista (srv. Kol 2,24, Fil 3,10).

Rozlišuje se zde mezi aktivním zabitím a připuštěním smrti. Nemusí být vždycky smysluplné využít všechny prostředky, které medicína nabízí, aby pak přinesly pacientovi pouze prodloužení umírání. Nemůže proto být vytýkáno lékařům a ostatním, kdo rozhodují o zdravotní péči, že tyto všechny možnosti medicíny nevyužili. Zase na druhou stranu, a to považuje tento text za „úkol sociálního státu“, je nutno umožnit co nejlepší dostupnou péči těm, kdo ji potřebují. Text výslovně tvrdí, že „eutanázie není „*Sterbehilfe*“, nýbrž úmyslné zabití“¹³⁶

Důležitá je věta: „*Také ti, jejichž svědomí není spojeno s Bohem, přiznávají, že volné nakládání s vlastním životem odporuje hodnotám založeným na nepodmíněném respektu k životu.*“ To je velmi důležitý argument v naší diskuzi, kdy se věřícím namítá, že spojují svoji etiku s Bohem. Znamenalo by to, že přiznání nepodmíněného respektu k životu nemusí vycházet pouze ze Zjevení.

136 „*Euthanasie ist nicht Sterbehilfe, sondern absichtliche Tötung.*“ Tady se jeví, že text není úplně důsledný v terminologii. V úvodu se píše, že eutanázie znamená „*Sterbehilfe*“, níže již, že „*Euthanasie ist nicht Sterbehilfe*“.

Pro naše diskuze by to přineslo výraznou shodu, ulehčení a porozumění. Lze tedy postavit svědomí (a budovat etiku) na apriorní úctě k životu. To je velmi významný krok jak pro věřícího, kterému pomůže pochopit toho, jehož etika ze zjevené víry nevychází, a posledně zmíněnému umožní stavět svůj život na něčem jiném než na jakkoliv rafinovaném utilitaristicko-hedonistickém přístupu.

Dalším momentem tohoto textu je zmínka o narušení právního řádu porušením vztahu mezi lékařem a pacientem i mezi lidmi navzájem, hrozbou tlaku na menšiny. Eutanázie je útokem proti Božímu zákonu, humanitě a právnímu řádu. S právním řádem pak souvisí i námitka svědomí, když se tvrdí, že taková rozhodnutí jsou pouze rozhodnutím svědomí. Právo na svobodný rozvoj osobnosti je právě omezeno tím, že nesmí poškozovat totéž právo u ostatních. Zkušenost také ukazuje, že drobná odchylka uvolní potom také lavinu nelidskosti, zvláště pokud se tak učiní pod rouškou humanizace. Text se také zajímavě ptá: „Kde leží hranice mezi zodpovědnou a nezodpovědnou eutanázií?“ Odpovídá, že žádná taková hranice není. Není tedy ani možná jakýkoliv regulace zákonem. Dále text připomíná nesnesitelnou zátěž pro svědomí lékařů a zdravotnického personálu a radikální změnu vztahu mezi lékařem a pacientem. Udržení a obnovení zdraví je nejvyšším příkazem lékařského jednání. To však vylučuje, že by se lékař zabití na vyžádání mohl účastnit. Nemocný by si nemohl být jistý ani před lékařem. To by také otevřelo dveře k mnohé manipulaci. Nemocní by se dostávali do tlaku, aby sami požádali o takové zabití. Pro stát by bylo výhodné takovou individuální a sociální tendenci k zabíjení zvýhodnit, což by také narušilo úzký vztah mezi hodnotami, které jsou v základu společnosti a nastavením lidského jednání. „Eutanázie, i když provedena z důvodů falešného milosrdenství, je výrazem pouze světského chápání života a odmítnutím jeho zakotvení v Bohu.“ „Podle čeho lze pak posuzovat život? Podle subjektivního přitakání životu?“ Celá diskuze je diskuzí o smyslu života v utrpení, který se zdá nesmyslný a nehodnotný. „Pak se ale stává společnost soudcem nad tím, co je žití hodný a žití nehodný život.“ Pak už je pouze otázkou času a společenského konsenzu, které skupiny budou tímto rozsudkem smrti postiženy. Nemoc a umírání společnost potlačila, ale „*nemocným nejsme dlužni pomoc ke smrti, ale*

*pomoc ve smrti*¹³⁷.

2. Bůh je přítelem života. Výzvy a úkoly v ochraně života¹³⁸

První část tohoto textu nazvaná „*Konec lidského života*“ se zabývá důstojností umírajícího. Ta spočívá v respektu k nedotknutelnosti jeho osoby, která je vyjádřena nejlepší možnou lékařskou a ošetrovatelskou péčí. I takový pacient, kterého lékaři označí za „*beznadějný případ*“, má právo na život. Každý kontakt s umírajícím je nesen tímto fundamentálním respektem. „*Všechna lékařská i ošetrovatelská opatření předpokládají tuto důstojnost*“. „*Nesmí se bránit tomu, aby umírající na konci svého života mohl o sobě rozhodovat*“. „*Pokud je umírající schopen se vyjádřit a vědomě další medicínská opatření odmítá, je třeba to respektovat. A pokud pacient není již schopen se vyjádřit, pak lékař jako dobrý advokát jedná jen v nejlepším zájmu pacienta. V jednotlivých případech to může znamenat i odmítnutí nebo zastavení dalších medicínských zásahů. To však neznamená, že bude splněn každý požadavek umírajícího*.“ Tento text pochází z roku 1989 a je z něj znát, jak se tehdy o těchto problémech uvažovalo. Obsahuje významné momenty, ke kterým se obracíme i dnes: seburčení pacienta, požadavek na jednání v nejlepším zájmu pacienta¹³⁹, dále se upozorňuje na to, že z důstojnosti pacienta také vychází požadavek na nenasazení nebo na vysazení léčby a tento požadavek je nutno respektovat. Není však nutno respektovat každé přání umírajícího pacienta¹⁴⁰.

V podkapitole o nedotknutelnosti druhého příspěvku mluví autoři příspěvku o těsném spojení nedotknutelnosti osoby a jejího práva na seburčení a

137 „*Nicht Hilfe zum Sterben, sondern Hilfe im Sterben sind wir dem Kranken schuldig*“

138 „*Gott ist ein Freund des Lebens. Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens*.“ Gemeinsame Erklärung des Rates der EKD und der Deutschen Bischofskonferenz in Verbindung mit den übrigen Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft christlicher Kirchen in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West), Gütersloh/Trier 1989 (Sonderausgabe 2000 aus Anlass 10 Jahre Woche für das Leben), in: tamtéž, 105 – 110.

139 I když jak vidíme jinde, patří tento požadavek také k nejdiskutabilnějším, protože je velmi obtížné určit, co je opravdu to nejlepší a zda by si právě toto konkrétní opatření pacient skutečně přál. Tyto momenty budou asi vždy otevřené.

140 Zde panuje, alespoň v německém prostředí, shoda v tom, že je nutno respektovat všechna přání, kromě těch, která odporují platným zákonům.

„bezpodmínečného práva na život“. Život i smrt každého nejsou ostatními disponovatelné. „Bez těchto principiálních hranic je důstojnost člověka obětována“. „Nikdo nesmí rozhodovat o hodnotě nebo nehodnotě života ostatních lidí – ani o svém vlastním životě [...] Nikdo nežije sám sobě a to, co znamená pro druhé, nikdy přesně neví“. Ve světle víry pak právě proto, že člověk je Bohem stvořen zrovna takto, je tento člověk nepostradatelný. Bez těchto předpokladů je vzájemné lidské soužití nemožné. „Pak nejsou možné ani právo, ani láska“. „Z toho vyplývá: zabití jiného člověka nemůže být za žádných okolností činem lásky a soucitu s jinými, neboť takto je zničen fundament lásky“.

Sebevraždu hodnotí další subkapitola, která je pro křesťana enormní výzvou k toleranci a respektu. Nikdy totiž nemůžeme zcela rozumět důvodům, které vedou člověka k tomu, aby negoval svůj život. Vždyť pokus o sebevraždu může být i „jen“ „voláním o pomoc“.

V dalším se zmiňuje rizika zkrácení života v souvislosti s podáváním bolest tišících prostředků. Opakuje se známá problematika přijatelnosti podávání těchto prostředků i za cenu zkrácení života. Vždy je významná motivace, protože to, co může vypadat jako nežádoucí účinek terapie bolesti, může být ve skutečnosti zabitím.

V subkapitole „Zabití na vyžádání“ se analyzuje situace, kdy pacient z nějakého důvodu o zabití požádá. Rozlišuje se mezi tím, zda člověk po smrti touží, nebo zda o ni požádá. Vzápětí se poukazuje na to, jaká proměna role lékaře by nastala, přičemž by došlo k velké krizi důvěry ve vztahu lékaře a pacienta. A to i v okamžiku, že by motivem zabití byl soucit. I v tomto případě by byla vzájemná důvěra stejně těžce postižena.

Terminologicky je zajímavá podkapitola s názvem „Sterbebegleitung“. Konstatuje se, že přes všechny těžkosti je tato forma „Sterbehilfe“ v mnoha rodinách praktikována. Terminologická zajímavost je tedy v tom, že „Sterbebegleitung“ je forma „Sterbehilfe“, to však v těchto souvislostech hodnotím spíše jako matoucí.

V podkapitole „*Odvaha k životu*¹⁴¹“ se apeluje na to ukázat, že i přes různé strážně a omezení má život smysl a hodnotu.

Obsahově je tento příspěvek v problematice „*dříve projevených přání*“ dosti přínosný. Diskutuje se právo na sebeurčení, které je neodmyslitelně spojeno s právem na život. Nikdo nesmí rozhodovat o hodnotě nebo nehodnotě života ostatních nebo života vlastního. Sebevraždu nehodnotí jako selhání, ale vnímá ji jako výzvu k toleranci v tom smyslu, že ne vždy můžeme zcela pochopit motivy¹⁴². V zabití na vyžádání vidí nebezpečí fatální krize důvěry mezi lékařem a pacientem. Teologicky vyzdvihuje jedinečnou neopakovatelnost stvoření jednotlivého člověka, který je právě jako takový nepostradatelný.

3. Katechismus katolické církve

Jako další text je uveden Katechismus katolické církve¹⁴³, a to články 2277 – 2279. Budu komentovat pouze to, co je pro tematiku „*dříve projevených přání*“ významnější.

Odmítá se jako „*mravně nepřijatelná přímá eutanázie*“¹⁴⁴. Odsuzuje se i „*zákrok nebo opomenutí, které samo od sebe nebo záměrně přivodí smrt, aby se ukončila bolest, [který] je zabitím těžce odporujícím důstojnosti lidské osoby a úctě k živému Bohu, jejímu Stvořiteli. Mylný úsudek, do něhož člověk může v dobré vůli upadnout, nemění povahu tohoto vražedného činu, který je nutno vždy odsoudit a vyloučit.*“ Zde se jedná o opomenutí, které „*samo od sebe*“ nebo „*záměrně*“ navodí smrt. Těžko si ovšem lze představit opatření, které účinkuje „*samo od sebe*“, znamená to, že lékař neví, co dělá? Nebo zcela nedomyslí následky svých rozhodnutí? Na druhou stranu je nutno jako důležité vnímat ono „*záměrně*“ s tím, že akcentuje intenci a lze vnímat, že pak je méně důležité, jestli se jedná o jednání „*aktivní*“, nebo „*pasivní*“. Velmi diskutabilní je ovšem druhá

141 „*Mutmachen zum Leben*“

142 Realističtější snad je říci, že motivům nerozumíme téměř nikdy.

143 Zde se přidržuji českého překladu: Katechismus katolické církve, Praha: Zvon, 1995, čl. 2277 – 2279.

144 „*Přímá eutanázie spočívá v ukončení života osob postižených, nemocných nebo už blízkých smrti, ať už jsou důvody a prostředky jakékoliv. Je mravně nepřijatelná.*“ Katechismus katolické církve (KKC), Praha: Zvon, 1995, čl. 2277.

věta: „*Mylný úsudek, do něhož člověk může v dobré vůli upadnout, nemění povahu tohoto vražedného činu, který je nutno vždy odsoudit a vyloučit.*“ Zde je otázkou, zda o hodnotě mravního činu rozhoduje intence, nebo čin sám. V problematice „*dříve projevených přání*“ je nutno konstatovat, že mnohdy vnější pozorovatel nemůže vůbec rozhodnout o povaze jednání, které má před sebou. Neboť o této povaze rozhoduje pouze motivace jednajících.

Dále se vrací a rozvíjí klasické učení o řádných a mimořádných prostředcích. Motivem rozhodování o léčbě, ať lékaře nebo pacienta, není pokus o nemožné, ale připuštění smrti jako neodvratného konce lidského života¹⁴⁵. Věta „*Rozhodnutí musí udělat pacient, jestliže je k tomu ještě způsobilý a schopný, nebo ti, kteří na to mají podle zákona právo, respektujícíce vždy rozumnou vůli a oprávněné zájmy pacienta*“ je významná tím, že přisuzuje rozhodování o takové léčbě na prvním místě (alespoň ve větě) pacientu [...], „*jestliže je k tomu ještě způsobilý a schopný*“. Těchto pojmů se dotýká valná část diskuze, která se o „*dříve projevených přáních*“ vede. Kdo rozhodne, jestli je pacient „*způsobilý a schopný*“? A proč by se pacient nemohl vyjádřit k terapii, i když již „*způsobilý a schopný*“ nebude? Vždyť to je podstatou námi studované problematiky. Dále by bylo zajímavé určit, kdo jsou „*ti, kteří na to mají podle zákona právo*“ a co znamená „*rozumnou vůli a oprávněné zájmy pacienta*“, co je rozumná vůle a co jsou oprávněné zájmy?

V článku 2279¹⁴⁶ se pravděpodobně obhájí poskytování tzv. bazální péče. Nelze říci, zda „*léčebné procedury, které se obvykle nemocné osobě poskytují*“ znamenají péči o konkrétní osobu s jejími zvyky, nebo jestli znamenají

145 „*Prerušeni nákladných, nebezpečných, mimořádných nebo neúměrných léčebných procedur vzhledem k očekávaným výsledkům může být oprávněné. V takovém případě je to odmítnutí léčby „za každou cenu“. Nechce se tím přivodit smrt: uzná se, že ji nelze zabránit. Rozhodnutí musí udělat pacient, jestliže je k tomu ještě způsobilý a schopný, nebo ti, kteří na to mají podle zákona právo, respektujícíce vždy rozumnou vůli a oprávněné zájmy pacienta*“. KKC, čl. 2278.

146 „*I když se má za to, že se už blíží smrt, nelze oprávněně přerušit léčebné procedury, které se obvykle nemocné osobě poskytují. Užívání utišujících prostředků ke zmírnění bolesti umírajícího, i s rizikem, že se ukrátí jeho dny, může odpovídat lidské důstojnosti, není-li smrt chtěna ani jako cíl, ani jako prostředek, nýbrž jen předvídána a připouštěna jako nevyhnutelná. Mírnící léčebné zákroky patří k výsostným projevům nezištné lásky. Z tohoto důvodu je třeba k nim vybízet*“. KKC, čl. 2279.

standardní¹⁴⁷ postupy, které se v tom kterém typu medicínské problematiky považují za nepodkročitelné minimum. Dále se zde, a to je také pro nás významné, klade důraz na motivaci postupu, když se tvrdí, že „*užívání utišujících prostředků ke zmírnění bolesti umírajícího, i s rizikem, že se ukrátká jeho dny, může odpovídat lidské důstojnosti, není-li smrt chtěna ani jako cíl, ani jako prostředek, nýbrž jen předvídána a připouštěna jako nevyhnutelná. Mírnící léčebné zákroky patří k výsostným projevům nezištné lásky*“.

4. Katolický katechismus pro dospělé, druhý díl, „Život z víry“¹⁴⁸

Z počátku textu se konstatuje, že medicína udělala mnohé pokroky, které předem zavrhouvat by bylo nerealistické. Ale vyvstávají také otázky: „*Smí lékař všechno to, co medicína může? Musí být život za všech okolností udržován a prodlužován? Co je na konci života mravně dovoleno a co je mravně zakázáno? Všechny pokusy, jak na tyto otázky odpovědět, musejí vycházet z toho, že lidský život, ať už v jakémkoliv stádiu, je nedisponovatelný a že člověk má nárok na lidsky důstojné umírání.*“ Poté se rozebírá termín „*eutanázie*“, který znamená „*klidnou smrt*“. Později však znamenal úmyslné zkracování procesu umírání. V dobách národního socializmu potom „*likvidaci života nehodného žiti*“. Rozlišuje také mezi „*aktivní*“ a „*pasivní*“ eutanázií, připomíná nepřijatelnost aktivní eutanázie a obsah toho, co se považuje za eutanázii pasivní. Aby se bránilo terminologické zmatenosti, chápe eutanázii pouze ve smyslu „*přímého zabítí umírajícího a jako zaviněné zřeknutí se vyžadovaného udržování života.*“ V ostatních případech se má mluvit pouze o „*pomoci při umírání*“¹⁴⁹. Terminologicky je také zajímavá věta: „*Sterbehilfe als Sterbebeistand oder Sterbebegleitung will einem Sterbenden das Sterben erleichtern und ihm helfen, seinen eigenen Tod sterben zu können*“, protože nerozlišuje striktně mezi „*Sterbehilfe*“ a „*Sterbebegleitung*“, a umožňuje tak více diferencovat mezi termíny, které v této diskuzi vyvstávají. Na předcházející citovanou větu navazuje

147 Ve smyslu postupu „*lege artis*“, v souladu s lékařskými indikacemi.

148 NĚMECKÁ BISKUPSKÁ KONFERENCE: Život z víry. Překlad 2. dílu katolického katechismu pro dospělé. České Budějovice, Sdružení sv. Jana Neumanna, 1998, 213 – 216.

149 „*Hilfe beim Sterben*“.

„Man könnte hier deshalb auch von *Lebenshilfe für Sterbende sprechen*“, můžeme zde proto hovořit také o pomoci k životu¹⁵⁰ umírajících lidí.

Nabízí se však otázka, jestli v extrémních situacích by nebylo možné opustit princip nedotknutelnosti lidského života. To však křesťanská etika odmítá s odkazem na přesvědčení o životě jako Božím daru, který od Boha dostáváme a který na Boha odkazuje. „*Z křesťanského pohledu není žádné právo na zabití, ale požadavek na lidsky důstojné umírání.*“ Upozorňuje se také na význam a velikost psychické bolesti, která také může umírajícího přemoci. To pak může vést k požadavku „rychlého konce“. Navíc trpící nechce „být zátěží“ pro blízké, pro společnost, tvrdí, že už „za nic nestojí“. Varuje také před uvolněním legislativy směrem k aktivnímu zabíjení s tím, že se tak otevírají dveře zneužívání, nejistotě a nedůvěře ve vztahu pacienta a lékaře. „*Cílem lékaře je uzdravení, tlumení bolesti a osobní podpora.*“ „*Křesťané dosvědčují svoji víru láskou k nemocným a hříšným. Kde trpí člověk, musí je křesťanská pomoc vyhledávat a darovat se jim v důvěře a naději nepomíjející Boží lásky.*“

5. I v umírání obklopeni životem¹⁵¹

V kratičkém úvodu se konstatuje, že smrt nestojí pouze na konci našeho života, ale že ji zažíváme v každé „*nemoci, utrpení, neúspěchu*“. A je úkolem filozofie a teologie, aby odpovídala na otázku po smyslu života a smrti, a biblické výpovědi patří k pramenům, z nichž některé odpovědi vyvstávají.

Jak přispívá tento text k řešení naší problematiky? Naznačuje biblické uchopení vztahu života a smrti. Snaží se odpovědět na otázku vztahu Boha a naší smrti. Ukazuje, kde Bůh je, když trpíme a umíráme. Pro nás to znamená zabývat se koncem našeho života takovým způsobem, který by tomuto existenciálnímu vztahu neprotiřečil. Svědectvím tohoto vztahu je lidská důstojnost. Tato

150 Zde je zajímavé a souvislost vytvářející spojení „*Sterbehilfe*“ a „*Lebenshilfe*“, spojuje život se smrtí, vnímá smrt jako součást života a nazývá péči o umírající pomocí k životu.

151 „*Im Sterben: Umfängen vom Leben*“. *Gemeinsames Wort zur Woche für das Leben 1996* „*Leben bis zuletzt – Sterben als Teil des Lebens*“, hg. vom Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland und dem Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Bonn / Hannover 1996 (= *Gemeinsame Texte* 6), in: *tamtéž*, 7 – 10.

důstojnost je znamením Boží přítomnosti v nás. Zažíváme ji v našem všedním životě a nechceme se jí vzdát ani v okamžiku naší smrti. A to proto, že ji vnímáme jako znamení Boží solidarity s námi. Nechceme být o svoji důstojnost okradeni.

„*V potu své tváře budeš jíst chléb, dokud se nenavrátiš do země, z níž jsi byl vzat.*“¹⁵². Lidský život je časově omezen a jako takový přijímán od Boha. Zatímco my vnímáme smrt jako „*okamžik fyzického vyhasnutí*“, je pro věřícího Izraele tento okamžik zakotven hluboce v životě všude tam, kde nemoc, utrpení, osočování, pokušení a pochybnosti člověka oslabují, kde jeho vztah k Bohu ochabuje a od Boha odcizuje. Pro žalmistu je to Bůh sám, „*kdo nechává zemřít a stanovuje náš konec*“. „*Pro tvůj hněv spějeme k svému konci zděšení tvým rozhořčením. Před sebe si kladeš naše nepravosti, do světla své tváře naše tajné hříchy.*“¹⁵³. Zároveň se však vyvíjí i představa života po smrti, a to jak pro celek Izraele, tak také pro jednotlivce (srov. Ez. 37), „*já však chci být ustavičně s tebou, uchopils mě za pravici, povedeš mě podle svého rozhodnutí a pak do slávy mě přijmeš*“¹⁵⁴. Toto pojetí se projevuje i dál v myšlenkách na společenství s Bohem, které ani smrt nerozdělí. Tak to vidíme např. v knize Daniel: „*Mnozí z těch, kteří spí v prachu země, procitnou; jedni k životu věčnému, druzí k pohaně a věčné hrůze.*“ Také se ve Starém zákoně objevuje i naděje na vzkříšení, i když později.

Tato naděje se naplňuje v Novém zákoně, v Ježíši Kristu, v představě, že Bůh není Bohem mrtvých, ale živých, „*on přece není Bohem mrtvých, nýbrž Bohem živých [...]*“¹⁵⁵. Proto je pro Pavla a ostatní apoštoly smrt nikoliv pouhý přírodní děj, ale zničení a děs, „*mzda hříchu*“¹⁵⁶. Je to cena, kterou platíme za lidství spojené s hříchem. To však poselství evangelia života, smrt a vzkříšení Ježíše Krista mění. Smrt nás přenáší z pozemského života, poznamenaného hříchem a nevěrou, k plnosti a (ne)konečnosti života u Boha. Setkání s Bohem, které se uskutečňuje ve smrti, znamená pro člověka také soud nad jeho lidským

152 Gn 3, 19 (v originále je omylem citována Gen 2,19).

153 Ž 90, 7n.

154 Ž 73,23n.

155 Mk 12,27.

156 Řím 6,23.

životem. „*Vždyt' se všichni musíme ukázat před soudným stolcem Kristovým, aby každý dostal odplatu za to, co činil ve svém životě, ať dobré či zlé*“¹⁵⁷. Podle Pavla jsme také zodpovědní za to, co ze svého života uděláme. Tím, že Kristus usmířil svou smrtí hříchy všech lidí a zničil pouto smrti, otevřel nám bránu k novému životu. Podle Janova evangelia „*Já jsem vzkříšení a život. Kdo věří ve mne, i kdyby umřel, bude žít*“¹⁵⁸. Evangelia a celý Nový zákon je tedy svědectví o vítězství života nad smrtí a toto poselství vrcholí v knize Zjevení. „*[...] Bůh bude přebývat mezi nimi a oni budou jeho lid; on sám, jejich Bůh, bude s nimi a setře jim každou slzu s očí. A smrt již nebude, ani žalu ani nářku ani bolesti už nebude – neboť co bylo, pominulo. Ten, který seděl na trůnu, řekl: „Hle, všechno tvořím nové.*“¹⁵⁹.“ Toto společenství nového života dává důvěru, že i tehdy, když nebudeme rozumět, nebudeme v našich strážnících Krista poznávat, on přesto bude s námi jako s učedníky putujícími do Emauz¹⁶⁰.

6. Důstojně umírat, v naději žít¹⁶¹

Tento text je spíše pomocným textem. Nicméně se z něj pokusíme vyčíst to, co by k našemu tématu mohl přinést. Text je koncipován jako odpovědi na námitky. I když nepovažuji takové rozdělení za vhodné, budu se ho nyní přidržovat.

„*Často se tvrdí: Umírání je strašné. Člověk mu musí zabránit všemi prostředky. Když mu už ovšem zabránit nemůže, pak to musíme udělat tak, aby bylo co nejdřív za námi.*“ V odpovědi se tyto strasti přiznávají. Zdůrazňuje se přínos intenzivní i paliativní medicíny, měřítkem je „*život až do konce – což může znamenat jak využití, tak zřeknutí se intenzivní medicíny*“. Měřítkem v rozhodování je pouze důstojnost člověka.

„*Často se tvrdí: Umírání v nemocnici je přetechnizované. Medicína pouze*

157 2 Kor 5,10.

158 Jan 11,25.

159 Zj 21,5.

160 Lk 24,13 – 25.

161 „In Würde sterben – in Hoffnung leben“. Argumentationshilfe zur Woche für das Leben 1996 „Leben bis zuletzt – Sterben als Teil des Lebens“, hg. vom Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland und dem Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, 1996, in: tamtéž, 4; 6 – 10.

prodlužuje utrpení a umírání.“ V odpovědi se zdůrazňuje, že důstojné umírání je možné všude. V nemocnici, doma, v hospici. Důstojné umírání je možné všude tam, kde se vytvoří atmosféra důvěry a respektu. Blízcí pacienta, jeho příbuzní, mohou zprostředkovat lékařům v jejich rozhodování to, co pacient nestačil vyjádřit. O život se nemusí bojovat za každou cenu. Měřítkem je rozhodnutí pacienta a jeho (domnělá) vůle. To tvoří hranice lékařské péče.

Pro naši tematiku je významný důraz na rozhodnutí a vůli pacienta. Tato vůle může být i domnělá a tu mohou v atmosféře důvěry zprostředkovat pacientovi blízcí a příbuzní.

„Často se tvrdí: Lidé trpí často zbytečnými bolestmi. Účinná terapie bolesti je zaváděna jen nedostatečně.“ V odpovědi se těmto námitkám přitakává. Svoji roli hrají předsudky lékařů, jejich vzdělání, právní úprava. Připomíná se také problematika tišení bolesti i za cenu zkrácení života.

„Často se tvrdí: Každý člověk se musí sám za sebe svobodně rozhodnout, kdy chce zemřít. Každý má právo ukončit svůj život.“ V odpovědi se zdůrazňuje, že v nebezpečí odmítnout svůj život s postižením nemocí jsou zvláště ti, kteří prožívají svůj život jako hodnotný jen tehdy, pokud ho žijí jako nezávislí, svobodně rozhodující se lidé. K lidskému životu patří ovšem vztah k ostatním, což se *„zvláště projevuje v hraničních situacích“*. *„Nejenom síla, zdraví a aktivita činí náš život hodnotným. Jako křesťané věříme v to, že každý člověk je Bohem bezpodmínečně chtěn a přijat.“* Tak jako sebevražda, o které v posledku nemůže nikdo vynést definitivní soud, stejně i nemoc a její důsledky jsou neodhadnutelné. *„Pro křesťana je sebevražda člověka enormní výzvou. Je to čin, který nemůže pochopit, ale musí ho zároveň respektovat.“*

V problematice *„dříve projevených přání“* se např. u Lajkepa¹⁶² tvrdí, že tento právní institut je také otázkou nějaké životní filozofie. Zde nechme stranou případnou kritiku stranou, nicméně můžeme upozornit, že by bylo chápáno jako zužující vycházet k rozhodnutí o vlastní budoucí péči pouze z pohledu života naplněného silou, aktivitou a svobodným rozhodováním. Právě zde, v pocitu bezmoci „všemocného člověka“, může docházet k přehodnocování obsahu svého

162 LAJKEP Tomáš: Předem vyslovená přání, in: Zdravotnické noviny 4 (2003) 26.

„PV“, což patří k nejzávažnějším momentům v celém problematice „*dříve projevených přání*“.

„Často se tvrdí: *Pokud jsou utrpení umírajícího nesnesitelná, měla by být aktivní eutanázie (zabití na vyžádání) povolena.*“ Pochopitelně, že může být umírání a smrt spojena se strachem, beznadějí a utrpením. Pokud by však došlo k uzákonění eutanázie, znamenalo by to nejen zásadní nalomení vztahu důvěry mezi lékařem a pacientem, ale i vztahu mezi pacientem a jeho bezprostředním okolím, nebo pacientem a společností. Těžce nemocní pacienti by mohli být společností vnímáni jako tak zatěžující, že by jejich existence nebyla společensky únosná. Mohlo by být naznačováno, aby sami o zabití žádali.

Naše problematika: zde se mluví o soucitu. Neříká se však, či pocity jsou zdůrazňovány. Kdo vlastně o eutanázii žádá, trpící, nebo pečující (i ve smyslu společnosti...). To může mít velký vliv na obsah *PF*, na vnímání obsahu lidské důstojnosti a rozhodnutí, které z takového pojetí potom vyplývá.

„Často se tvrdí: [...] *Proč bych se měl na smrt a umírání připravovat?*“ V odpovědi se připomíná fakt, že v novodobých dějinách smrt vytěsňujeme ze svých životů a že mnozí se setkávají se smrtí až tehdy, když jim zemře nejbližší příbuzný. Ve středověku se kromě „*umění žít*“ pěstovalo i „*umění umírat*“. Takto připravený člověk žil potom svůj život mnohem intenzivněji. Křesťané to navíc zažívají v kontextu radikality vzkříšení Ježíše Krista.

„Často se tvrdí: *Lidé umírají často s velkým utrpením. Proč to Bůh připouští?*“ Zde odkazuje odpověď na knihu Job. Job na otázku po důvodech svého utrpení nedostává žádnou odpověď. Co se ale dovídáme, je to, že vysvětlení, které chápe Jobovu situaci jako trest za nesprávné chování, je nedostatečné. I na konci této knihy zůstává napětí mezi strážněmi lidského utrpení zde na zemi a Boží dobrotou. „*Také Nový zákon nám nenabízí nějaké konečné odpovědi, odpovědi, které by měly definitivní platnost, nabízí pouze pomoc. Ježíš nás podporuje v hledání smyslu života s Bohem i navzdory utrpení a smrti. Můžeme také věřit, že Bůh je s námi i v našich utrpeních a smrti, že jsme v jeho rukou, aby nás osvobodil.*“

Odpověď a inspirace pro problematiku „*dříve projevených přání*“ je

jasná: nerozumíme. Celý náš život jako věřících křesťanů žijeme v kontextu Ježíše Krista, pravého člověka a pravého Boha. Jeho smrti a vzkříšení. Proto také nemusí a nejsou *PF* konečným řešením. Nemusí zajistit člověku šťastnou a lehkou smrt.

Celý tento dokument je spíše dokumentem pomocným, který má pomáhat v diskuzi na téma umírání a eutanázie. Protože je takto apologicky naladěný, vyznívají jeho odpovědi ne úplně přesvědčivě, protože slovy lze přesvědčit trpícího člověka jen velice těžko k tomu, aby netrpěl. Nicméně klade důraz na to, aby se důstojnost člověka hledala právě v události Ježíše Krista. Naznačuje se snad srovnání východisek křesťanské etiky (jako etiky vztahu člověka a Boha) a etiky respektující rozhodnutí člověka bez toho, že by se ptala, z čeho takové rozhodnutí vychází, co je východiskem a obsahem pojmu lidské důstojnosti, ze kterého vychází.

7. Christliche Patientenverfügung¹⁶³

Christliche Patientenverfügung je významným dokumentem, proto mu věnuji samostatnou kapitolu 3.3.5.

8. Prohlášení 9. synody Evangelických církví v Německu¹⁶⁴

Evangelická církev uznává ochranu lidské důstojnosti v průběhu celého lidského života, od začátku do konce. Uznává pokrok v medicíně, ale odmítá takový výzkum nebo terapii, kde člověk slouží jinému člověku jako prostředek. Každý pokrok si musí být vědom svých hranic, „*aby zůstal lidským*“. Přiznání nemoci, smrtelnosti a smrti v lidském životě patří k důležitým stránkám zrání celé lidské osobnosti. „*Člověk má nárok na lékařskou pomoc a péči v nemoci a v*

¹⁶³Handreichung und Formular der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland in Verbindung mit den übrigen Mitglieds und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland, Bonn/Hannover 1999, in: tamtéž, 11-12; 15-16.

¹⁶⁴Kundgebung der 9. Synode der Evangelischen Kirche in Deutschland auf ihrer 7. Tagung im Timmendorfer Strand: „Was ist der Mensch? ...wenig niedriger als Gott? Das christliche Verständnis vom Menschen in den Herausforderungen unserer Zeit“, 3.– 8.11.2002, in: tamtéž.

umírání; ovšem ale nemá právo být uchráněn nemocí a smrtí.“ „Bohem přiznaná lidská důstojnost smrtí nemizí, ale proměňuje se.“

3.3.5 „Christliche Patientenverfügung“¹⁶⁵

Předmluva

Jedním z příspěvků k seburčení pacienta je společný text Německé biskupské konference a Rady evangelických církví v Německu „*Christliche Patientenverfügung*“. Celý text našel velkou odezvu. Dočkal se již druhého vydání. V tomto druhém vydání autoři zohlednili vývoj, kterým problematikaprošla od prvního vydání, věcnou problematiku medicíny, práva a eticko-teologický rozměr. Vzali také v úvahu to, že zatím neexistuje norma, která by problematiku právně regulovala. Také se od 1. 1. 1999 změnilo opatrovnické právo. Pokusím se tento text krátce shrnout.

Koncepčně vychází ze situace pacienta. Konstatuje, že intenzivní medicína umí udržovat pacienta při životě i velmi dlouhou dobu. To, co lze považovat z pohledu biologické medicíny jako pokrok, znamená však také pro mnoho lidí nepředstavitelné utrpení. Tato situace vedla nakonec ke vzniku fenoménu „*dříve projevených přání*“. Jde především o možnost zřeknout se prostředků, které budou nesnesitelně prodlužovat život. Za významné považuji to, že takové **závažné rozhodnutí musí vycházet ze situace pacienta**. Nejde tedy o plnění slepé litery.

Formulářů, které vyjadřují podobné postoje je mnoho. Církev (římskokatolická a církve sdružené v Radě evangelických církví) se rozhodly vydat svůj formulář proto, aby **se jasněji vymezily zvláště vůči aktivní eutanázii**.

Významnými momenty je tedy názor, že rozhodnutí o terapii musí vycházet ze situace pacienta, a dále jednoznačné vymezení se vůči aktivní

¹⁶⁵ NĚMECKÁ BISKUPSKÁ KONFERENCE A RADA EVANGELICKÝCH CÍRKVÍ NĚMECKA: *Christliche Patientenverfügung*, <http://www.dbk.de/schriften/data/3625/index.html>, (26. 4. 2008).

eutanázii.

1. Úvod

V „Úvodu“ se „Předmluva“ vysvětluje dále. **Změnil se i způsob, jakým se v dnešní době umírá.** Člověk, kterého vzkříšený Kristus zve ke svobodě, o těchto otázkách uvažuje a vyjadřuje se k nim. Zásadní otázkou ovšem je: *Ale kdo rozhodne? Kdo rozhodne, když postižený sám již není schopen se vyjádřit? Kdo rozhodne, když on sám už nedokáže říci, co si vlastně přeje?*“

I „Christliche Patientenverfügung“ vnímá, že se změnil způsob umírání. Křesťan, člověk povoláný Kristem ke svobodě, přemýšlí o otázkách své smrti. Také on může prožít smysluplný život až do konce. Smysluplnost života má naplňovat i svým rozhodnutím o léčbě v závěru svého života¹⁶⁶.

Jako dalším významným bodem a vlastně i důvodem, proč „Christliche Patientenverfügung“ vzniklo, byla i potřeba jasně se vyhranit proti aktivní eutanázii¹⁶⁷. „Aktivní eutanázie“ a „pasivní eutanázie“ se musejí jednoznačně od sebe odlišit. „Christliche Patientenverfügung“ pomáhá nalézt cestu mezi nepřipustným prodlužováním života a nezodpovědným zkrácením. Pomáhá v rozhodování a v rozhodnutí o konci vlastního života.

„Christliche Patientenverfügung“ dále říká, že pacient může „mitbestimmen“, může **spoluurčit**¹⁶⁸ svoji léčbu. Ono „mitbestimmen“ považují za mimořádně důležité, protože tvrdí, že na rozhodnutí se podílí pacient i lékař. To je zdaleka nejvolnější určení toho, kdo má o léčbě rozhodovat. V ostatní německé diskuzi převažuje názor, že tím, kdo rozhoduje, je výhradně pacient. Na soudních rozhodnutích je potom vidět, jaký zásadní důraz se na pacientovo rozhodnutí klade. Role lékaře je zde, alespoň z mého pohledu, velmi omezená.

166 „Život nemáme plně v rukou, zrovna tak málo máme právo soudit o hodnotě nebo bezcennosti jiného lidského života. Každý člověk je mnohem víc, než to, co o sobě ví. Žádný člověk nemůže přesně vědět, co pro ostatní znamená.“

167 „Proto musí být jednoznačně a jasně řečeno: Zabití člověka nemůže být nikdy činem lásky nebo soucitu, protože ničí podstatu lásky a důvěry. Když se nijak o konci našeho života nevyjádříme, odmítáme jakékoliv aktivní ukončení našeho života.“

168 „Mitbestimmen“. Tady se nabízí otázka, kdo všechno se na rozhodnutí o péči podílí. Zda je to svrchované rozhodnutí samotného pacienta a nebo je to rozhodnutí pacienta A lékaře.

2. Co dělat?

V následující kapitole jsou obsažena doporučení, jak k předloženému „*Christliche Patientenverfügung*“ přistupovat.

U „*Patientenverfügung*“ se doporučuje se poradit s osobami, kterým důvěřujeme, a s příbuznými o osobních přáních a představách pro případ, že již nebudeme schopni se rozhodnout. Spolu s lékařem vyplnit „*Raum für ergänzende Verfügungen*“¹⁶⁹.

U „*Vorsorgevollmacht*“ se radí pacientovi vyhledat člověka, ke kterému má důvěru, a prohovorit s tímto člověkem prosbu, zdali by byl ochoten převzít zmocnění k rozhodování pro případ, že se pacient ocitne ve vážné situaci¹⁷⁰.

Také u „*Betreuungsverfügung*“ je nutno vyhledat důvěryhodnou osobu nebo osoby, které by mohla převzít roli opatrovníka.

Všem těmto prohlášením je společné hledání důvěryhodné osoby a rozhovor, v němž jde o vyjasňování hodnot, postojů a vztahů.

3. Vysvětlivky k formuláři

Zde se vymezuje „*Patientenverfügung*“ oproti ostatním právním institutům¹⁷¹. „*Generalvollmacht*“¹⁷² ve věcech týkajících se péče o zdraví neplatí. Zákonodárce vyžaduje speciální „*Vorausverfügung*“, neboť zde jsou vyžadovány určité kompetence. Pokud je třeba uspořádat bankovní záležitosti, je třeba zřídit „*Bankvollmacht*“. Je možné také zřídit zmocnění pro osobní, obchodní a finanční záležitosti¹⁷³.

„*Patientenverfügung*“ se definuje jako prohlášení, jímž se člověk vyjadřuje k situaci, kdy již nebude schopen o sobě rozhodovat. Vyjadřuje se k

169 Prostor pro doplňující prohlášení.

170 Sama se může dostat do neočekávaných problémů.

171 Německé právo umožňuje zřídit „*Patientenverfügung*“ jako vyjádření vůle pro případ, že již nebudeme schopni se k poskytované péči vyjádřit, dále „*Vorsorgevollmacht*“ jímž pověříme důvěryhodnou osobu a „*Betreuungsverfügung*“ pro případ právního zastupování.

172 Generální plná moc.

173 „*Vollmachten für private, geschäftliche und finanzielle Angelegenheiten*“

tomu, jestli si přeje nebo nepřeje opatření, která by směřovala pouze k umělému prodloužení života.

Co se týče vymezení proti aktivní eutanázii, je vnímán obsah „PV“ jako „výraz křesťanské zodpovědnosti a respektu k právnímu řádu.“ To znamená, že přijetím „*Christliche Patientenverfügung*“ se pacient hlásí jednak ke své autonomii, jednak také ke křesťanským kořenům právního řádu.

„*Patienteverfügung*“ lze pořídit také ústně, průkaznější je však písemný formulář. Doporučuje se obnovovat toto prohlášení každé dva roky. Po přijetí do nemocnice se má na jeho existenci upozornit. Není nutná forma notářského zápisu.

Aby bylo možno „*Christliche Patientenverfügung*“ správně aplikovat, je nutno přesně popsat situace, kdy se „*Patientenverfügung*“ aplikuje. Aplikuje se zejména v těchto situacích:

Aplikace závisí na situacích, které jsou v něm přímo označeny. Pokud není určeno jinak, platí jen tehdy, když:

- A) Pokud není pacient schopen se vyjádřit, tudíž není schopen o sobě rozhodovat.
- B) Pokud se pacient nachází v situaci, kdy každé život udržující opatření jen prodlužuje umírání.
- C) Pokud určité opatření lze odmítnout nebo již započaté opatření ukončit.
- D) Pokud pacient uvede takové situace, kdy chcete od jistých, život prodlužujících opatření, upustit.

Proto je naprosto nutné přesně takové situace popsat. Každá nejasnost uplatnění „PV“ snižuje.

Může dojít k napětí mezi „*Patientenverfügung*“ a svědomím pečujícího personálu. **Nikdo nemůže být nucen k tomu, co odporuje jeho svědomí.** Je nutno si svoje postoje vzájemně vysvětlovat nebo spor řešit právní cestou.

Přizvání opatrovnického soudu je nutné v těchto případech:

- a) při umístění na uzavřeném oddělení, kdy se zvažuje použití prostředků omezujících osobní svobodu (kurtování, medikace),

b) když se vyžadují taková opatření, v jejichž důsledku může dojít k závažným a těžkým poškozením zdraví. Taková opatření však musí „*Patientenverfügung*“ výslovně uvést.

„*Christliche Patientenverfügung*“ umožňuje v části „*Raum für ergänzende Verfügungen*“¹⁷⁴ vyjádřit se i k situacím, kdy pacient trpí zvláštním onemocněním nebo jeho péče vyžaduje speciální opatření. Nebo pacient vyjadřuje zvláštní přání týkající se péče, umělé výživy, léčby infekce a terapie bolesti. Nebo se může jednat o určité postupy, které mají být prováděny pouze po určitou dobu. Lze se také vyjádřit k situaci, kdy má pacient upadnout do kómatu. Také lze ošetřit problematiku dárcovství orgánů.

Další obsahově důležitou oblastí v chápání křesťanského přístupu k problematice „*PV*“ jsou terminologické otázky a definice pojmů.

Terminologicky je nutno rozlišit pojmy „*Sterbehilfe*“ a „*Sterbebegleitung*“. U „*Sterbehilfe*“ se jedná o ulehčení smrti nevléčitelně nemocného člověka. „*Sterbebegleitung*“ má na mysli mezilidská pomoc a duchovní doprovázení. Pokud se mluví o „*menschenwürdigen Sterbens*“¹⁷⁵, jde většinou o rozhodnutí o délce vlastního života a o možnosti rozhodnout o okamžiku vlastní smrti. Pak se mluví o „*Hilfe zum Sterben*“¹⁷⁶ (ve smyslu tzv. „*aktiven Sterbehilfe*“¹⁷⁷). „*Hilfe im oder beim Sterben*“¹⁷⁸ znamená pomoc ve smyslu duchovního doprovázení.

„*Passive Sterbehilfe*“¹⁷⁹ chce nechat pacienta zemřít lidsky a důstojně. Spočívá například v nenasazení nebo odepření život prodlužujících opatření a je **právně i eticky přípustná**.

„*Indirekte Sterbehilfe*“¹⁸⁰, kde se jedná o terapii bolesti, která jako vedlejší efekt může znamenat i uspíšení okamžiku smrti. Je **právně i eticky přípustná**.

174 Prostor pro doplňující vyjádření.

175 Důstojném umírání.

176 Pomoc ke smrti.

177 Aktivní eutanázie.

178 Pomoc v umírání.

179 Pasivní eutanázie.

180 Nepřímá eutanázie.

„Aktive (direkte) Sterbehilfe“¹⁸¹, která znamená cílené zabití člověka, např. podáním preparátů, které přivodí smrt. **V Německu je zákonem zakázána a trestně stíhána. A to i tehdy, pokud se uskuteční s výslovným souhlasem pacienta. „Aktive (direkte) Sterbehilfe“ je neslučitelná s křesťanským obrazem člověka.**

„Beihilfe zur Selbsttötung“¹⁸² (tzv. „assistierter Suizid“¹⁸³ nebo „Freitodbegleitung“¹⁸⁴). Znamená pomoc při sebevraždě. **Odpovědnost se tedy neomezuje pouze na poskytnutí prostředků k sebevraždě, ale také na zabití samotné.** Tak pomoc při sebevraždě odpovídá eticky aktivní eutanázii a jako takovou ji odmítá i Německá lékařská komora.

Dalším důležitým příspěvkem textu „Christliche Patientenverfügung“ je diskuze o tzv. domnělé vůli pacienta. Tento moment patří k nejproblematičtějším bodům diskuze.

Domnělá vůle pacienta rozhoduje tehdy, pokud je pacient ve stavu, kdy již o sobě rozhodnout nemůže a žádné prohlášení nevydal. Rozhodování podle domnělé vůle pacienta vede k tomu, že se tak nutně hodnotí jeho život jiným člověkem, ať už se snahou vyjít z kontextu pacientova života (tzv. subjektivní domnělá vůle), nebo z představ o životě a jeho hodnotách vůbec (tzv. objektivní domnělá vůle).

Jaká je koncepce přístupu v tomto důležitém bodu, je zřejmé z „Christliche Patientenverfügung“. Rozhodování podle domnělé vůle pacienta považuje např. „Zwischenbericht“ za velmi nevhodné. V „Christliche Patientenverfügung“ se zdá, že jeho tvůrci chtějí do péče o rozhodování o péči pacienta více zapojit zdravotníky (viz výše poukaz na sloveso „mitbestimmen“). Potom by to znamenalo poměrně výrazný příklon k rozhodování podle domnělé vůle.

V dalším odstavci „Christliche Patientenverfügung“ svůj postoj vůči domnělé vůli poněkud upřesňuje. **Vůle pacienta stojí v základu každého diagnosticko-terapeutického opatření. Proti své vůli nemůže být k**

181 Aktivní (přímá) eutanázie.

182 Pomoc při sebevraždě.

183 Asistovaná sebevražda.

184 Doprovázení ke svobodné smrti.

diagnosticko-terapeutickým opatřením nikdo nucen¹⁸⁵. Lékař je **povinen** pátrat i po domnělé vůli pacienta. Zde mohou pomoci předchozí rozhovory s pacientem, rozhovory s příbuznými anebo „*Patientenverfügung*“.

Dalším důležitým bodem, ke kterému se „*Christliche Patientenverfügung*“ vyjadřuje, je obsah „*Basisbetreuung*“¹⁸⁶. Řadí sem tišení bolesti, dušnosti, hladu a žízně, neusey, lidský přístup a péče o tělo.

Pokud se jedná o výživu žaludeční sondou, nosní sondou, pomocí PEG nebo intravenózní přívod tekutin, to je nutno zvážit vždy podle konkrétní situace.

Závěrem upozorňuje „*Christliche Patientenverfügung*“ na existenci hospicového hnutí a význam paliativní medicíny. Hospicové hnutí nabízí těžce nemocným, umírajícím a jejich příbuzným široké možnosti v zajištění nejenom péče lékařské a ošetrovatelské, ale také duchovní a duševní. Existují různé formy této péče, ambulantní, péče ve stacionářích, existují lůžkové hospice.

Problémy diskomfortu, jako je dušnost, nevolnost a zvracení, se zabývá tzv. paliativní medicína, jejímž úkolem je tišení těchto příznaků. Vedle paliativní medicíny stojí také psychosociální a spirituální aspekty péče.

4. Shrnutí

Významné v problematice „*dříve projevených přání*“ je vůbec to, že se tímto problémem církve skutečně zabývaly. Neboť se jedná o významný příspěvek v německé diskuzi. „*Christliche Patientenverfügung*“ je hojně užívaným formulářem. Znamená to také, že si církve problematiku uvědomují.

V jejím řešení se hlásí ke koncepci pacienta jako autonomního subjektu, který rozhoduje o péči o svou osobu, o svém životě, kdo (spolu)určuje jeho tvar a smysluplnost. Toto pojetí pacienta jako autonomního subjektu je ve „světské“ lékařské etice stěžejní. A pokud se k této koncepci hlásí i církve, znamená to významné sblížení pohledu na člověka. Na druhou stranu je samozřejmé, že tento koncept se vyskytuje (teoreticky) ve dvou různých konceptech, křesťanském a

185 To ovšem platí nejen pro pacienta, ale také pro lékaře.

186 Bazální péče.

„světském“. Praktickou otázkou však je, nakolik se oba koncepty překrývají a nakolik jsou vlastně rozdílné. V civilizaci, která se hlásí (také) ke křesťanským kořenům nemusí, být tento rozdíl nijak významný. Otázkou pro vnitrocírkevní teologický dialog však je, zdali je koncept člověka (v našem případě pacienta) použitelný i v jiných oblastech speciální křesťanské etiky. To však nyní řešit nebudeme.

Dalším významným příspěvkem, také ovšem diskutabilním, je diskuze o tzv. domnělé vůli pacienta. „*Christliche Patientenverfügung*“ používá v této souvislosti sloveso „*mitbestimmen*“, spoluurčit. Pacient, vedle lékaře, spoluurčuje postup terapie a ostatní péče. Zdá se, že „*Christliche Patientenverfügung*“ ponechává dosti velký prostor samostatnému rozhodování lékaře. Za tímto lze snad vnímat hlubší vědomí problému „*dříve projevených přání*“, a sice vědomí setkání dvou autonomií, autonomie pacienta a lékaře.

Další problematikou, které se „*Christliche Patientenverfügung*“ dotýká, je terminologická otázka a zvláště vymezení se proti aktivní eutanázii. Zřetelně se rozlišuje mezi přímým zabitím člověka a situací, kdy jde o nezasazení nebo odepření život prodlužujících opatření, nebo když se jedná o terapii bolesti, která jako vedlejší efekt může mít i uspišení okamžiku smrti.

4. Identifikace hlavních etických problémů

Ve třetí kapitole jde o identifikaci hlavních etických problémů, jak vyplývají z kapitoly druhé. Dojde tak k organickému propojení obou kapitol s akcentem na etickou problematiku a její řešení.

Znovu se vrátím k jednotlivým oblastem a dokumentům druhé kapitoly. Zaměřím se na to, jaké etické problémy jsou v jednotlivých částech zmiňovány a řešeny. Tato třetí kapitola bude do jisté míry kopírovat strukturu kapitoly předcházející.

4.1 Identifikace etické problematiky v některých českých právních dokumentech

Do českého práva vstoupila konkrétněji problematika „*dříve projevených přání*“ 1. 10. 2001, kdy se „*Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny*“ stala součástí českého právního řádu. Celá problematika vychází z článku 9 „*Úmluvy*“: „*Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání*“. Tím je celý problém artikulován již zřetelně a znamená to, že se musí celá problematika jak právně, tak eticky reflektovat. Právně to pak znamená nutnost nějakým způsobem, snad zákonem, upravit konkrétnější naplnění požadavku článku 9 „*Úmluvy*“.

Na *Úmluvu* navazuje „*Vysvětlující zpráva k Úmluvě Rady Evropy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluvě o lidských právech a biomedicině*“, kde se v několika člancích problematika dále konkretizuje. V článku 61 se zmiňuje situace, kdy pacienti předvídají situaci, ve které nebudou schopni se rozhodnout, a tak s předstihem vydávají svoje prohlášení o budoucí péči. Vychází se tedy ze situace pacienta, z toho, že předjímá svůj stav a určuje, jak by měla péče v situaci, kdy již sám nebude schopen rozhodnout, vypadat. V článku 62 vstupuje do problematiky „*dříve projevených přání*“ lékař. Tento článek tvrdí, že se prohlášení pacienta nemusí respektovat vždy. Je nutno se ujistit, že se týká aktuální situace, ve které se pacient právě nyní nachází, že je tedy prohlášení pacienta platné. Znamená to tedy konkrétní text pacientova prohlášení interpretovat. S tím ovšem souvisí problematika interpretace, jak je v humanitních vědách reflektována. A to je někdy velmi složité. V naší situaci to může někdy znamenat, že se někdy nemůže respektovat doslovný text, ba naopak, jednání lékaře se jakoby obrací proti vyjádření pacienta. Je to však proto, aby se naplnil smysl textu pacientova prohlášení. Jde tedy o tyto důležité body: aktualita pacientova prohlášení (přiměřená doba od sepsání prohlášení do jeho aplikace), interpretace pacientova prohlášení (vůči pacientově situaci, nebo vůči pokroku v medicíně).

„*Věcný záměr zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*“ řeší spíše formální stránku věci a neodráží příliš nejzávažnější etické problémy. Jako formu pacientova prohlášení požaduje písemné provedení a ověřený podpis. To jistě dodává vyšší právní jistotu, ale na druhé straně může, jak jsem zmiňoval v příslušné kapitole, znesnadňovat přístup některých pacientů k tomuto institutu a může by tak být ztížen jejich přístup k naplnění základních ústavních lidských práv. Což je samozřejmě mimořádně závažné. „*Věcný záměr zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*“ také odmítá aktivní ukončení života. Tím však, že tento moment blíže nespecifikuje, zůstává naplnění slova „*aktivní*“ nejasné. A to je další ze zásadních etických problémů. V posledku je důležitá zmínka o aktualizaci pacientova prohlášení. V Německu se považuje za dostatečnou doba maximálně dvou let od poslední aktualizace. Aktualizaci pacient stvrzuje podpisem.

Prudil upozorňuje na jeden ze zásadních problémů „*dříve projevených přání*“, když pacient v jiné situaci své prohlášení sepisuje a v jiné situaci je potom prohlášení aplikováno. Dále se zastává písemného projevu, i jako záznamu do zdravotnické dokumentace. Připomíná nutnost splnění všech podmínek, za kterých má být pacientovo přání naplněno.

Jako základní problém je tedy v těchto textech vnímána nutnost právně blíže vyjasnit článek 9 „*Úmluvy*“. To se děje právě vznikajícím Zákonem o zdravotních službách¹⁸⁷. Zatím ponechme stranou, zda je takové znění vhodné.

187 Návrh zákona o zdravotních službách.

Dříve vyslovená přání

Pacient může pro předvídatelné situace, kdy by se dostal do stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit (dále jen „*dříve vyslovené přání*“). Poskytovatel je povinen respektovat dříve vyslovené přání pacienta ve vztahu k budoucímu možnému poskytnutí zdravotních služeb, má-li ho k dispozici, a to za podmínky, že v době poskytování zdravotních služeb nastala předvídatelná situace, k níž se dříve vysloveného přání vztahuje a pacient je ve stavu, kdy není schopen vyslovit nový souhlas.

Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. Uplatněné dříve vyslovené přání nebo jeho ověřená kopie je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi. Pacient může toto přání vyslovit též při přijetí do péče poskytovatelem, a to pro poskytování zdravotních služeb zajišťovaných tímto poskytovatelem. Takto vyslovené přání se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi; záznam podepíše zdravotnický pracovník, pacient a svědek.

Dříve vyslovené přání není třeba respektovat, pokud od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje, k takovému vývoji, že lze

Pojetí v právních dokumentech České republiky vychází ze situace pacienta, který využívá svého práva na seburčení a vydává vyjádření k péči v situaci, kdy již sám o sobě nebude schopen rozhodovat.

Dalším problémem, na který se upozorňuje, je platnost, aktuálnost a aktualizace pacientova prohlášení. Upozorňuje se na to, že prohlášení vzniká v jiné situaci, než je později aplikováno. S tím následně souvisí problém interpretace pacientova přání. Musejí však být splněny všechny podmínky, za kterých má být pacientovo přání naplňováno. S tím souvisí i nutnost vyjasnit, co znamená „aktivní ukončení života“.

Dále se české právnícké texty dotýkají právní formy pacientova prohlášení a jeho dohledatelnosti.

4.2 Identifikace etické problematiky v některých českých etických textech

Zde pouze shrnu, jaké problémy vyplývají z textů českého prostředí, které se problematice „*dříve projevených přání*“ věnují. Lze vnímat tři okruhy problémů.

První okruh je zaměřen obecněji k otázkám autonomie pacienta a lékaře. Zpočátku je zmiňována existence institutu „*dříve projevených přání*“ v Konvenci o biomedicině. Východiskem je pacientovo právo na seburčení. Proto se pacient vyjadřuje ke své budoucí léčbě. Konstatuje se respekt k vůli pacienta i přes zásadní terapeutickou zodpovědnost lékaře.

Druhý okruh vnímá problematiku „*dříve projevených přání*“ konkrétněji. Více se zde projevuje propojení institutu „*dříve projevených přání*“ s problematikou umírání a smrti. Klade se požadavek přesně definovat situaci,

důvodně předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím, nelze respektovat pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je bezprostřední a aktivní způsobení smrti organismu, nelze respektovat, pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní služby, jejichž přerušení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti organismu, in: MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ: Návrh zákona o zdravotních službách, http://www.komora.cz/hk-cr-top-02-sede/podpora-podnikani-v-cr/pripominkovani-legislativy/art_25698/107-08-navrh-zakona-o-zdravotnich-sluzbach-t-16-7-2008.aspx (7. 8. 2008).

kdy by mělo být pacientovo přání plněno. S tím také souvisí problém aktuálnosti pacientovy situace. V nové situaci se může (by se mohl) pacient rozhodnout naprosto jinak. Klade se otázka obsahu bazální terapie.

Upozorňuje se také na vznik standardu pro „*dříve projevená přání*“ a na nutnost úpravy pro nezletilé osoby a pro zletilé osoby, které nejsou schopny souhlas udělit.

4.3 Identifikace etické problematiky v právní oblasti Spolkové republiky Německo

Diskuse o problematice „*dříve projevených přání*“ je ve Spolkové republice Německo mnohem pestřejší než u nás. V Německu se uvažuje o zákonné úpravě tohoto institutu. Proto se diskutuje na mnoha úrovních. Protože však došlo i k soudním sporům, je zajímavé shrnout hlavní problémy, které při nich byly řešeny.

4.3.1 Etická a právní východiska ve „*Zwischenbericht*“

Shrnu však nejprve východiska „*dříve projevených přání*“, jak je shrnuje významný dokument Spolkového sněmu, tzv. „*Zwischenbericht*“¹⁸⁸. Pak se vrátím ke shrnutí některých soudních rozhodnutí.

Ústavněprávní zakotvení „*Patientenverfügung*“ spočívá podle „*Zwischenbericht*“ na nedotknutelnosti důstojnosti člověka, právu na tělesnou nedotknutelnost, právu na sebeurčení a na svobodě jednání každého člověka.

Co se týče civilněprávního zakotvení „*Patientenverfügung*“: pro platnost je nutná způsobilost k právním úkonům, nevyžaduje se žádná konkrétní forma, resp. je možná forma písemná, ústní, vůle pacienta může být vyjádřena jiným způsobem, gestem. K odvolání se nevyžaduje žádná konkrétní forma. Formálně se nevyžaduje žádný konkrétní formulář nebo poradenství k sestavení „*Patientenverfügung*“.

188 Jak je citováno výše.

4.3.2 Etická problematika vyplývající z některých soudních rozhodnutí

Z německých soudních rozhodnutí vyplývá bezvýhradný respekt k autonomii pacienta, jehož důstojnost a sebeurčení ho staví do centra dění. V centru péče je tedy výhradně pacient. Konflikt autonomie pacienta a lékaře (nebo ošetřujícího personálu vůbec) řeší s tím, že svoboda ošetřujícího personálu není dotčena rozhodnutím pacienta. Svoboda svědomí ošetřujícího personálu také nepropůjčuje právo skrze aktivní jednání narušovat právo na sebeurčení ošetřovaného. Dále se zde diskutuje o tzv. domnělé vůli pacienta s tím, že „*Patientenverfügung*“ nelze touto domnělou vůlí nahradit. Ústně vyjádřené „*Patientenverfügung*“ má tutéž závaznost jako psaný text. „*Patientenverfügung*“ platí až do odvolání, přičemž toto odvolání není vázáno žádnou formou. Dalším řešeným problémem je podávání stravy pomocí tzv. PEG sondy. I tento postup podléhá souhlasu nebo nesouhlasu pacienta.

Z dalších problémů se řeší otázka kontextu a motivace jednajících, zásada „*in dubio pro vita*“. Řeší se také otázka, zdali se „*Patientenverfügung*“ vztahuje pouze na umírající.

4.4 Identifikace etické problematiky v některých německých etických textech

4.4.1 Zásady lékařského doprovázení umírajících Německé lékařské komory

Komora konstatuje, že „*úkolem lékaře je zachovat život pacienta, chránit nebo obnovit jeho zdraví, tišit bolest a umírající doprovázet*“. Lékařská péče se tedy odehrává v rámci pacientova práva na sebeurčení. „*Pacientovo prohlášení [však] nezavazuje lékaře odpovědnosti. Všechna rozhodnutí musí být učiněna na základě zvážení konkrétní situace.*“ Klade se tedy otázka odpovědnosti lékaře a

smysluplnosti diagnosticko-terapeutických opatření. Lékař respektuje vůli pacienta, i když se tato vůle nekryje s navrhovanými diagnosticko-terapeutickými opatřeními. „*Patientenverfügung*“ je tak dalece závazné, nakolik se pacient nachází v situaci, jak je v „*PV*“ popsána, a pokud není jasné, že by pacient svou vůli změnil. V této souvislosti je diskutována otázka obsahu bazální péče. Lze se však vzdát úkonů, které by umírání oddalovaly. Je také přípustné zkrácení života při podávání prostředků tišících bolest. Naproti tomu přivodit smrt nebo urychlit umírání se odmítá jako aktivní eutanázie. U pacientů s trvajícím bezvědomím nesmí být jediným kritériem délka bezvědomí. U novorozenců text rozlišuje mezi těžkými a nejtěžšími postiženími. Toto však není blíže specifikováno.

4.4.2 Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících

Důstojnost umírajících a smrtelně nemocných je odvozena ze základního lidského práva nedotknutelnosti lidské osoby. Požadavkem je zabránit zbytečnému prodloužení terminální fáze života. Aktivní eutanázie se považuje za „*zkratkovité řešení*“. Pacient má právo na svobodnou informaci, má právo nebýt informován.

Žádná osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli. Nebude nikým ovlivňována a nebude na ni činěn nátlak, zvláště ekonomický. Péče má probíhat v souvislosti s tím, co osoba řikala před okamžikem rozhodování, před tím, než začala umírat, „*a to v odpovídající situaci*“, [...] „*při ještě zachovaných duševních schopnostech*“. Přání pacientů mají být respektována „*bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností*“. Také zde se řeší otázka bazální péče, „*musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány*“. Ve sporných případech se má rozhodnout ve prospěch prodloužení života. Přání zemřít nezakládá právní nárok na smrt z ruky jiné osoby. Přání zemřít nezakládá legální ospravedlnění činností úmyslně způsobujících smrt. Státy mají uzнат právo na život.

4.4.3 Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin. Patientenverfügungen

Zde se upozorňuje na obtížnou předvídatelnost budoucí situace, na proměnu hodnot, postojů, rozhodnutí v různých životních fázích. „Zwischenbericht“ se ptá se, zdali již nastala ona situace, která je zmiňována v „Patientenverfügung“. Dále ukazuje na konflikt mezi vůlí pacienta a úsudkem lékaře, tzv. „Wille-Urteil-Konflikt“, na konflikt mezi vůlí pacienta a dobrem pro pacienta, tzv. „Wille-Wohl-Konflikt“, řeší se problematika „natürliche Wille“. Zajímavým konstatováním je, že „Patientenverfügung“ se snaží disponovat nedisponovatelným. Také se „Zwischenbericht“ ptá, zdali „Patientenverfügung“ nejsou eutanázii otevřené dveře? Také „Zwischenbericht“ se zabývá významem „Patientenverfügung“ u osob, které nejsou ve fázi umírání.

4.4.4 Etická problematika vyplývající z dokumentů Německé biskupské konference a Rady evangelických církví Německa

Sborník dokumentů „Doprovázení umírajících místo aktivní eutanázie“¹⁸⁹ přímo o „Patientenverfügung“ nemluví, vyjadřuje se však k otázkám smrti, umírání, nemoci, a je tedy problematice „Patientenverfügung“ velmi blízký.

Teologicky nachází tento text smysl utrpení ve sjednocení s Kristem. Vyzdvihuje jedinečnou neopakovatelnost stvoření jednotlivého člověka, který je právě jako takový nepostradatelný. Věřící Izraele zažívá okamžik smrti všude tam, kde ochabuje vztah k Bohu a kde se od Boha odcizuje.

Pro Pavla je smrt nikoliv pouhý přírodní děj, ale „mzda hříchu“. Podle Pavla jsme také zodpovědni za to, co ze svého života uděláme¹⁹⁰. Důstojnost člověka je znamením Boží přítomnosti v nás.

Antropologicky je v tomto textu právo na sebeurčení neodmyslitelně spojeno s právem na život. Měřítkem v rozhodování je pouze důstojnost člověka.

189 Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe. Viz výše.

190 Srov. 2 Kor 5,10.

Nikdo nesmí rozhodovat o hodnotě nebo nehodnotě života ostatních nebo života vlastního. Odmítá se takový přístup, ve kterém člověk slouží jinému člověku jako prostředek. Konstatuje se také, že smrt zažíváme v každé „*nemoci, utrpení, neúspěchu*“.

„*Také ti, jejichž svědomí není spojeno s Bohem, přiznávají, že volné nakládání s vlastním životem odporuje hodnotám založeným na nepodmíněném respektu k životu*“.

Eticky tento text rozlišuje mezi aktivním zabitím a připuštěním smrti. Klade se důraz na motivaci jednání. Motivem rozhodování o léčbě, ať lékaře nebo pacienta, není pokus o nemožné, ale připuštění smrti jako neodvratného konce lidského života. Opakuje se a rozvíjí klasické učení o řádných a mimořádných prostředcích. O život se nemusí bojovat za každou cenu. Měřítkem je rozhodnutí pacienta a jeho vůle. To tvoří hranice lékařské péče. Tišení bolesti i za cenu zkrácení života. Přímá eutanázie se odmítá jako mravně nepřijatelná. V zabití vidí nebezpečí fatální krize důvěry mezi lékařem a pacientem a hrozby narušení právního řádu porušením vztahu mezi lékařem a pacientem i mezi lidmi navzájem. Významná je také hrozba tlaku na menšiny.

4.4.5 Christliche Patientenverfügung

Také text „*Christliche Patientenverfügung*“ vychází z autonomie pacienta, zaznívá zde přesvědčení, že život lze prožít jako smysluplný a „*Christliche Patientenverfügung*“ je způsob, jak pomoci tuto smysluplnost rozvinout s tím, že proces nemoci lze vnímat jako cestu vnitřního růstu. Jde o závažné rozhodnutí, které musí vycházet z pacientovy situace. Pacient jím spoluurčuje svoji léčbu. Tento text reflektuje napětí mezi „*Patientenverfügung*“ a svědomím pečujícího personálu. Nikdo nemůže být nucen k tomu, co odporuje jeho svědomí.

Dále se text důrazně vymezuje proti eutanázii, přísně rozlišuje mezi eutanázií aktivní a pasivní, všímá si i souvislostí s asistovanou sebevraždou.

Vyjadřuje se i k problematice obsahu tzv. bazální péče. Vyžaduje tišení bolesti, dušnosti, hladu, žízně, nausey, lidský přístup a péči o tělo. Co se týče výživy sondou (i PEG sondou), musí se zvážit vždy konkrétní situace.

„*Patientenverfügung*“ lze podle tohoto textu pořídít i ústně, není nutná forma notářského zápisu. Doporučuje se „*Patientenverfügung*“ obnovovat každé dva roky.

5. Některé etické otázky vyplývající z předchozích textů, jejich systematizace a pokus o určení východisek k jejich řešení.

Jedním z důvodů vzniku této práce byl vznik situace, kdy na jedné straně existuje zákonný požadavek respektu k tzv. „*dříve projeveným přáním*“, a na druhé straně chybí nejenom konkrétnější zákonné úprava, ale jakákoliv diskuze na toto téma. Přitom situace v Německu je podobná v tom, že tam také neexistuje bližší zákonná úprava, ale tamní diskuze ukazuje, jaké etické problémy tento fenomén přináší.

V českém prostředí se uvažuje v rámci návrhu Zákona o zdravotních službách i o úpravě problematiky „*dříve projevených přání*“. Vzhledem k obsahu úpravy i možnosti jejího brzkého uvedení do praxe je nutno se otázkou „*dříve projevených přání*“ urychleně zabývat také u nás. Mohlo by se tak předejít mnoha problémům, které tato otázka přináší. Jejich neřešení pak bude mít bohužel přímý dopad na autonomii pacienta i lékaře.

V této kapitole jsem rozdělil problémy uvedené v předchozí kapitole do tří okruhů. První okruh se věnuje problematice autonomie. Ve fenoménu „*dříve projevených přání*“ jde především o zcela rovnocenné setkání autonomie pacienta a autonomie lékaře. Bude jistě zajímavé sledovat, jak je tato rovnováha ovlivněna pacientovým prohlášením k budoucí péči.

Druhý okruh problémů se věnuje problematice interpretace pacientova prohlášení. Jediný, kdo by mohl podat autentickou interpretaci svého prohlášení, tj. pacient, není schopen se k tomuto dokumentu vyjádřit. Nastává tak klasický hermeneutický problém.

Třetí okruh problémů se věnuje problematice aktivní a pasivní eutanázie a problému aktivity a pasivity jednání vůbec. Dále se bude zabývat problémem tzv. bazální péče, kontroverzím v užívání PEG sondy.

5.1 „Dříve projevená přání“ a autonomie pacienta a lékaře

Pojem autonomie stojí v centru současné lékařské etiky. Je jedním z tzv. „*prima facie*“ principů a jeho zavedení znamenalo v lékařské etice změnu paradigmatu, zásadní změny pohledu na postavení pacienta. Paternalistický model byl nahrazen modelem autonomie jednajících. Autonomie, jak je v tomto kontextu užívána, je je autonomií v kantovském smyslu, kdy jednající sám je původcem obsahu i formy svého jednání¹⁹¹.

„*Dříve projevená přání*“ jsou právě výrazem této autonomie ze strany pacienta. Vznikly proto, aby pacient mohl rozhodovat o péči o sebe i v okamžiku, kdy se nebude schopen k této léčbě vyjádřit. Jedním z motivů bylo také zabránit nasazení život prodlužujících opatření, které by v pacientově situaci zásadní zlepšení nepřinášely a jen by prodlužovaly dosavadní utrpení, nebo by je i zhoršovaly.

Stejně závažně je však autonomií „vybaven“ i lékař, který je také

191 Za které je také pochopitelně zodpovědný.

původcem obsahu i formy svého jednání a jen tak za ně může být v mravním smyslu odpovědný. Pacient tedy přichází s nějakou vlastní představou o péči v situaci, kdy není schopen se vyjádřit a lékař nemůže z nějakého důvodu pacientův postup akceptovat. Zásadní otázkou je, jak se má lékař v takové situaci zachovat, když chce dostát jak své roli lékaře, pro kterého je „*salus aegroti suprema lex*“¹⁹², tak chce a musí obstát před svým svědomím.

Otázkou vlastně je, kdo nese odpovědnost za konečné rozhodnutí. Rozhoduje se lékař, ale v kontextu, který udává pacient svojí autonomií. Může se lékař účastnit jednání, ke kterému je veden požadavkem pacienta, ale které odporuje jeho svědomí? Jak má lékař postupovat v takovém případě? Německé soudy deklarují, že svoboda svědomí ošetřujícího personálu nepropůjčuje právo skrze aktivní jednání narušovat právo na sebeurčení ošetřovaného¹⁹³ a že svoboda ošetřujícího personálu není dotčena rozhodnutím pacienta. Tím se ale podle mého názoru otázka neřeší a problémy zůstávají.

Dalším problémem, který z problematiky „*dříve projevených přání*“ vyvstává a dotýká se autonomie jednajících, je konflikt mezi vůlí pacienta a dobrem pro pacienta¹⁹⁴. Jak se rozhodnout v situaci, kdy pacient vyžaduje pro sebe něco, co mu evidentně v aktuální situaci škodí? Jak má lékař respektovat toto přání, kdyby přitom zradil svoji roli toho, kdo stojí na straně zdraví a života pacienta a kdo o něj v tomto kontextu i pečuje?

Dalším konfliktem, který zde vyvstává a který se do jisté míry překrývá s předcházejícím, je konflikt mezi vůlí pacienta a úsudkem lékaře¹⁹⁵, kdy lékař jedná jinak, než je obvyklé, nebo v konkrétním případě přiměřené. Jak má lékař jednat v případě, kdy pacient vyžaduje postup „*non lege artis*“¹⁹⁶?

Zásadou, která má rozhodovat konfliktní situace, je zásada „*in dubio pro*

192 Blaho nemocného nejvyšším zákonem.

193 Viz kapitolu zabývající se problematikou „*dříve projevených přání*“ v soudních rozhodnutích Spolkové republiky Německo.

194 Problém je zmíněn v etické části ZB, je uveden jako „*Wille – Wohl Konflikt*“, ZB, 12.

195 Tento problém je také zmíněn v etické části ZB jako „*Wille – Urteil Konflikt*“, ZB, 11.

196 Postup odporující „*pravidlům umění*“, tj. v medicíně eticky nepřijatelný postup, odborně odporující všeobecnému konsenzu v konkrétním případě.

vita“¹⁹⁷. Na první pohled se zdá, že toto pravidlo řeší všechny pochybné situace. Ovšem je otázkou, kdy v medicíně nejsou pochybnosti? Vždyť tato zásada by mohla koncept „*dříve projevených přání*“ úplně rozbít. Problematické je také ono tolik citlivé „*pro vita*“, pro život. Vždyť možnost vyjádřit se k péči v situaci, kdy pacient se již nebude schopen vyjádřit, vznikla právě proto, aby se neprodlužoval nesmyslně život, který je již tak dosti zatížen utrpením, když postup nemoci nelze již zásadně změnit. Právě proto se pacienti chtěli vyjádřit k tomu, co se bude dít. Jestliže by se vždy (protože pochybnosti jsou vždy) život prodlužoval, koncept „*dříve projevených přání*“ by vyhasl. Naopak rozhodnout v pochybnosti proti prodloužení života by mohlo být nenapravitelnou chybou.

5.2 Problematika interpretace pacientova prohlášení

Druhý okruh se bude zabývat, jak je již naznačeno v nadpisu podkapitoly, problematikou interpretace pacientova prohlášení. Nyní je lékař v situaci, kdy se má řídit pacientovým prohlášením, ovšem jediný, kdo je schopen je autenticky interpretovat, pacient, je v bezvědomí. Jak má lékař postupovat, aby naplnil pacientovu autonomii?

Zde se dostává ke slovu další okruh problémů, a tím je problematika domnělé vůle. Tedy konstrukt představ pacienta, vycházející buď z obecné představy, jak postupovat v konkrétní situaci¹⁹⁸, nebo ze snahy vyjít z pacientových představ¹⁹⁹. Je však zřejmé, že se zde neřeší to, jestli má přednost pacientem vyplněný a podepsaný formulář, nebo konstrukt domnělé vůle. Otázkou zde je, z jaké pozice interpretovat pacientovo prohlášení. Jak mu porozumět?

Dalším problémem, který se v souvislosti s interpretací pacientova prohlášení vyskytuje, je nutnost detailně popsat situaci, ve které má být pacientovo prohlášení plněno. Otázkou je, jak zdůvodnit míru takové detailnosti popisu situace, aby pacientovo prohlášení mohlo být bez obav plněno. Požadavek

¹⁹⁷ V pochybnostech se rozhodnout pro život, tedy konkrétně pro prodloužení života.

¹⁹⁸ Tzv. objektivní domnělá vůle.

¹⁹⁹ Tzv. subjektivní domnělá vůle.

nutnosti detailního popisu by také mohl znemožnit plnění pacientova prohlášení. V medicíně je každá situace natolik jedinečná, že je prakticky nemožné ji dopředu zachytit a předem pro konkrétní případ popsat.

S tím souvisí problematika časové a obsahové platnosti pacientova prohlášení. Pacient v jiné situaci své prohlášení sestavuje a v jiné situaci je pak prohlášení aplikováno. Znamená to rozdíl mezi představou o nemoci někdy v budoucnu a pozdějším konkrétním prožíváním. Můžeme se domnívat, že pacient opravdu chce, aby se postupovalo, jak opravdu vyžaduje? A kdo ponese tíhu důkazu o správnosti postupu, ať již bude jakýkoliv²⁰⁰? Ponese ji samozřejmě lékař, pro kterého bude ovšem snadnější nepátrat po smyslu pacientova prohlášení a plnit ho tak, jak je doslova napsáno. Pak může být tento postup pro pacienta kontraproduktivní.

Je zde také problém časové platnosti pacientova prohlášení. V Německu se doporučuje obnovovat podpis v přibližně ročním intervalu. Čím starší je pacientovo prohlášení, tím je pravděpodobnější, že nerefletoval dostatečně průběh nemoci nebo i své další životní zkušenosti. Pak je takové sice právně stále platné, ovšem, čím je starší, tím je méně věrohodnější.

V tomto okruhu problémů přistupuje ještě další moment, a tím je rozdíl mezi vysloveným a míněným²⁰¹. Lze vůbec v kontextu „*dříve projevených přání*“ tento rozdíl pozitivně určit? Nebo naopak: Neznemožňuje tento problém aplikaci pacientova prohlášení? Případně nakolik je interpretace pacientova přání tímto aspektem znemožněna?

Je zde ještě otázka právní formy pacientova prohlášení. Musí mít vyjádření autonomie člověka nějakou formu? Stačí prohlášení ústní, případně učiněné jinak, nebo musí být prohlášení písemné? Pokud bude povinná forma např. notářského zápisu nebo formuláře s ověřeným podpisem, znemožní se tím na jednu stranu některým pacientům přístup k takovému prohlášení, na druhou

²⁰⁰ Tedy ve smyslu plnění nebo neplnění pacientova prohlášení.

²⁰¹ RETHMANN, Albert-Peter, ROTTBECK, Ruth M[...]: Eingeschränkte Freiheit. Die Bedeutung der Autonomie der Person im Rahmen des gesetzlichen Betreuungsverfahrens, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 1 (2002) 65.

stranu to pro obě strany znamená zvýšení právní jistoty²⁰². Návrh zákona o zdravotních službách umožňuje zaznamenat pacientovo prohlášení do zdravotní dokumentace, které podepíše zdravotník, pacient a svědek²⁰³. Otázkou je, zdali by takové prohlášení nemělo v drtivé většině případů formu zápisu několika slov se třemi podpisy. Přineslo by to pacientovi a zdravotnickému personálu více jistoty?

Posledním okruhem problémů v této podkapitole je otázka dohledatelnosti pacientova prohlášení. Kdo je zodpovědný za to, že se lékař o existenci pacientova prohlášení dozví? Je to lékař, který respektuje pacientovu autonomii, a má proto aktivně pátrat po existenci takového prohlášení? Nebo je tím zodpovědným pacient, o jehož zájem a práva jde? Dalším momentem této problematiky je technická stránka. Bude se jednat o celostátní registr s on-line přístupem? Pak je problémem ochrana dat v elektronické síti. Bude nutno zajistit nepřetržitou službu notářské komory²⁰⁴? Nebo bude pacient u sebe nosit jakousi kartičku²⁰⁵? A bude mít personál povinnost po takové kartičce pátrat? Případně do jaké míry a proč?

5.3 „Dříve projevená přání“ v kontextu diskuze o konci života a eutanázii

Otázky konce života a eutanázie patří v diskuzi v lékařské etice k nejdiskutabilnějším. Promýšlejí se otázky přístupu k pojmům aktivní a pasivní eutanázie, v této souvislosti se diskutuje pojem aktivity a pasivity jednání vůbec. Diskutují se otázky o řádných a mimořádných prostředcích v péči o zdraví a život. Mnohdy o hodnotě činu rozhoduje pouze úmysl jednajících a kontext jednání.

V problematice dříve projevených přání je třeba pregnantně ošetřit oddělení aktivní eutanázie od práva autonomně se vyjádřit ke své léčbě a od práva nemuset podstoupit i tu nejnáročnější terapii. Jak odlišit snahu přivodit (si) smrt

202 Takto argumentuje například ZB.

203 Znění Návrhu zákona o zdravotních službách viz v poznámce 187.

204 V případě, že by pacientovo prohlášení mělo povinně formu notářského zápisu.

205 Jak doporučuje např. „*Christliche Patientenverfügung*“.

od touhy netrpět dále nesnesitelné strádání ať terapií nebo nemocí? Zde je eminentní otázka úmyslu a to je výsostně etická otázka.

Blíže se v kontextu „*dříve projevených přání*“ diskutují otázky obsahu bazální péče²⁰⁶, výživy, užití PEG sondy. Také tyto otázky nelze řešit izolovaně bez znalosti úmyslu a kontextu jednání. Otázkou je, co bude měřítkem při řešení těchto problémů.

5.4 Shrnutí

V této kapitole jsem shrnul do tří oblastí problematiku týkající se „*dříve projevených přání*“. Měřítkem by měla být autonomie jednajících, protože jen v kontextu autonomie lze hovořit o mravním jednání. Protože se pak jedná v drtivě většině případů o otázky týkající se konce života, přináší také problematika „*dříve projevených přání*“ otázku (re)interpretace života tváří v tvář jeho obtížím nebo také konci. Je tak (re)interpretována i jeho smysluplnost.

6. Dříve projevená přání pacienta z pohledu autonomní etiky Alfonse Auera

Pokud chce lékařská etika dostát svému vědeckému založení, nesmí upadat do plytkých názorů a klišé, jaká někdy zaznívají zvláště v mediálních diskuzích na témata bioetiky a lékařské etiky. Je to ke škodě nejenom lékařské etiky jako vědy, ale především tím trpí témata samotná.

V morální teologii dochází po II. vatikánském koncilu k výrazné reflexi jejího vlastního chápání jako vědy. Jedním z reprezentantů, kteří tuto změnu v morální teologii reflektují, je německý teolog Klaus Demmer. Tento autor prokazuje tuto reflexi ve své knize „*Moraltheologische Methodenlehre*“²⁰⁷.

206 Tj. péče, která se má pacientovi poskytnout vždy.

207 DEMMER Klaus: *Moraltheologische Methodenlehre*, Freiburg: Universitätsverlag, 1989.

Morální teologie je podle Demmera vědou, která přezkoumává svoje předpoklady, která se ptá po antropologii, teorii pravdy a teorii poznání, které určitý postoj podmiňují²⁰⁸. Podstatou je metaetický diskurz, tážající se po odůvodnění těchto voleb. Tento diskurz spočívá v rozpoznání problémů a jejich řešení odpovídajícím metodickým instrumentáři²⁰⁹. Morální teologie však není pouhou systematizující vědou. Je integrující vědou, když spojuje transcendentnost křesťanské existence a imanentní skutečnost světa²¹⁰. Konečně je také „*vědou komunikace*“²¹¹. To však platí pro každou vědu. Netýká se to však pouze zkoumání jasně ohraničených objektů, ale všeho, co jako svou podstatnou komponentu obsahuje právě schopnost komunikace. Mluví tedy na jedné straně o komunikaci subjektu s danostmi a na straně druhé o komunikaci subjektů mezi sebou²¹². Nejde tedy pouze o lacinou výzvu k dialogu. Znamená to, že se morální teologie nedotýká pouze nějakého objektu, ke kterému lze přistoupit s vědeckou věcností, ale živoucí skutečnosti, která v sobě komponentu komunikace obsahuje²¹³.

Nyní stojíme před problémem, jak přistoupit k okruhům otázek, které vyplynuly z prezentovaných textů a které jsou shrnuty v předchozí kapitole.

Prvním okruhem problémů je otázka autonomie. Zde je zásadní určit, co znamená autonomie pro lidské jednání, jak podmiňuje hodnocení lidského rozhodnutí. Vztahu autonomie a víry věnoval Alfons Auer svoji knihu „*Autonome Moral und christlicher Glaube*“²¹⁴. Pojem „autonomie“ shrnuje v dodatku ke druhému vydání této knihy.

V úvodu tohoto doplňku staví proti sobě dvě varianty přístupu k novodobé teologické etice. Na prvním místě uvádí „*etiku víry*“, která vyžaduje

208 Srov. tamtéž, 8.

209 Srov. tamtéž, 12.

210 Srov. tamtéž, 12.

211 Srov. tamtéž, 13.

212 Srov. tamtéž.

213 Srov. tamtéž, 13.

214 AUER Alfons: *Autonome Moral und christlicher Glaube*, Düsseldorf: Patmos Verlag, ²1984.

budování norem chování vyvozením z křesťanského poselství nebo vysvětlením křesťanského poselství²¹⁵. Je však obtížné spolehlivě poznat mravní pravdu ve světě, která vychází z instance nacházející se mimo tento svět²¹⁶. Jak však mám – mohu tuto pravdu poznat? Jak poznám Boží vůli? Jak je vůbec možné mluvit spolu o společných věcech? Jak je možné, že si, i přes všechno nedorozumění, nakonec porozumíme? Existuje nějaký instrument, který toto umožňuje?

„*Etika víry*“²¹⁷ chápala v radikální autonomizmu konkurenta. Z pohledu „*etiky víry*“ nebylo možné, aby se k obsahu víry přistupovalo svobodně s tím, že mravní normy mají vycházet z nitra člověka, který je sám sobě zákonem. Podle „*etiky víry*“ vycházejí mravní normy z hlásání a věřící je má přijmout z povinnosti, jež vychází z ctnosti víry. Taková etika přichází k člověku jako požadavek z vnějšku, je tedy heteronomní. Člověk ji nepřijímá ve svobodném, rozumem zajištěném přitakání, nýbrž je tato etika „přikázána“ z vnějšku. Může však být taková etika přesvědčivá? Lze vůbec takovou etiku bez další racionálně zajištěné kritiky přijmout? Vyostřeněji řešeno: Není přesvědčivost²¹⁸ heteronomní etiky protimluvem?

Do této diskuze vstupuje Auer s modelem „*autonomní morálky v křesťanském kontextu*“²¹⁹. Auer chápe autonomii nejméně dvojnásobem. Zaprvé jako předpoklad morálky vůbec, zadruhé vnímá autonomii jako nutnost všeobecně srozumitelné argumentace²²⁰. Které teze jsou pro Auera v jeho modelu autonomní morálky v křesťanském kontextu hlavní²²¹? Auer rozlišuje tři teze: etickou tezi, teologickou tezi a tezi učitelského úřadu.

Hlavním rysem etické teze²²² je rozumová přiměřenost etických výpovědí. Jejím podkladem je přesvědčení, že uvnitř skutečnosti existuje pravda a

215 Srov. tamtéž, 206.

216 Srov. tamtéž.

217 Srov. tamtéž.

218 Zde nemíním přesvědčivost, která je „zprostředkována“ manipulací, byť s „dobrým“ úmyslem.

219 Srov. tamtéž, 207.

220 Srov. tamtéž, 239.

221 Srov. tamtéž, 212.

222 Srov. tamtéž.

rozumnost, které jsou natolik poznatelné, vypověditelné a sdělitelné, nakolik je to pro lidské jednání nutné. „Znamená to, že etika trvale kooperuje jak s empirickými vědami, tak s filozofickými významy smyslu lidského bytí.“²²³

Teologická teze²²⁴ se ptá, kde je ono křesťanské v jednání křesťana. Člověk zůstává člověkem, i když je křesťanem. Křesťanské poselství nepřináší věcně nic nového. Co se však mění, je horizont jednání, který je redefinován událostí Ježíše Krista. V něm dostává jednání jiný význam. Motivace evangelií (víra, naděje, láska, bdělost...) vnáší do procesu hledání norem jednání integrující, kritizující a stimulující efekt²²⁵.

Teze učitelského úřadu²²⁶ spočívá v uznání kompetence a samostatnosti v rozhodování v oblasti nacházení konkrétních materiálně-etických orientačních bodů pro jednání ve světě. I zde však učitelskému úřadu náleží integrující, kritizující a stimulující funkce. Vedle toho je učitelský úřad vyzván, aby svoje výpovědi vnímal dialogicky a argumentativně a aby se neuzavíral před prakticky prožívaným přesvědčením věřících²²⁷.

Nyní stojíme spolu s Auerem před zdůvodněním, proč má být autonomie kritériem vědecké přiměřenosti²²⁸. Auer argumentuje tak, že se mravní dotýká lidského, tím je tedy autonomie antropologicky zakotvená. Pokud se však dotýká mravní výpověď lidského, musí být také sdělitelná. A musí taková být i bez světonázorových nebo náboženských implikací²²⁹. Autonomie jako předpoklad morálky vůbec je také východiskem autonomie jako možnosti člověka sám o sobě rozhodnout. A to je východisko, ze kterého vycházejí i „*dříve projevená přání*“.

Autonomie je také, kromě beneficence, nonmaleficence a spravedlnosti

223 Srov. tamtéž.
224 Srov. tamtéž.
225 Srov. tamtéž, 213.
226 Srov. tamtéž.
227 Srov. tamtéž.
228 Srov. tamtéž, 214.
229 Tamtéž.

jedním z tzv. *prima facie* principů novodobé lékařské etiky²³⁰. Z tohoto pojetí autonomie vyvstává také institut tzv. „*dříve projevených přání*“. Autonomie se tak stává syntetickým těžištěm jak v diskuzi o pojetí etiky, lékařské etiky, tak v diskuzi o „*dříve projevených přáních*“.

Máme-li pacientovo „*dříve projevené přání*“, resp. formulář, ve kterém se pacient vyjadřuje ke své budoucí terapii, kdy už nebude schopen se rozhodovat, interpretovat co nejautentičtěji, musíme také i my (interpretující) vyjít z pacientovy autonomie, která je i zde podmínkou autentického etického sebevyjádření, sebeinterpretace, sebehermeneutiky. Auer vnímá v pojmu autonomie dvojí. Zaprvé mu jde o všeobecně srozumitelnou argumentaci v morálce, zadruhé chápe autonomii jako předpoklad morálky vůbec. Jde-li autonomii v konceptu „*dříve projevených přání*“ o sebeurčující vyjádření pacienta ke své péči, můžeme zde vnímat obojí pojetí autonomie. Jednak v pojetí autonomie jako požadavku na všeobecně srozumitelnou argumentaci jde v konceptu „*dříve projevených přání*“ o problém pochopení a výkladu pacientova prohlášení, jednak se zde jedná také o vyjádření autonomie jako předpokladu morálky vůbec. Respekt k onomu druhému znamená, že se zde respektuje pacientovo prohlášení, protože se předpokládá, že jde o svobodný mravní čin (protože vychází z autonomie jako předpokladu morálky vůbec).

Úkolem při interpretaci pacientova prohlášení tedy bude vyložit ho tak, aby byla pacientova autonomie co nejplnější a co nejvíce chráněna. Proto nacházíme „fenotypově“ tak různá prohlášení, která jsou však výrazem jediné autonomie. Jak jsem již uvedl, jde však o to, co nejvíce je interpretovat z pozice pacienta, i když se mu nikdy nedostaneme pod „kůži“, nikdy jsme jeho život nežili ani nebudeme žít. Zde pochopitelně hraje roli několik dalších momentů, které významně interpretaci pacientova prohlášení ovlivňují. Jedná se vždy o takovou změnu v situaci pacienta, na kterou je nutno reagovat, a která tedy předpokládá autonomní rozhodnutí (i neprovedení změny rozhodnutí je rozhodnutím).

²³⁰ Srov. BEAUCHAMP Tom L[...], CHILDRESS James F[...]: Principles of biomedical ethics, Oxford: Oxford University Press, ⁵ 2001.

Jaké momenty tedy nacházíme při pokusu interpretovat problematiku „*dříve projevených přání*“ z pozice autonomie? Jaké otázky si lze v této souvislosti klást? V této části chci poukázat pouze na některé momenty, které mohou být řešeny v budoucí dizertační práci. Úmyslně kladu pouze otázky, možná řešení jsou pouze naznačena a vyžadují rozpracování v příští práci.

1. Úvahy předcházející sepsání prohlášení, kontext pacientova života, jeho hodnoty, to, co prožil, budoval. Zde je významná „hodnotová anamnéza“ pacienta, rozhovor o postoji pacienta k nemoci, pacientův postoj k prognóze jeho onemocnění, pacientovy představy a plány do budoucnosti. Výsledkem by měl být pokus lékaře maximálně se vžít, vcítit, vmyslet do pacientova života, aby mohl později co nejautentičtěji pacientovo prohlášení interpretovat.
2. Motivace k sepsání pacientova prohlášení, časový okamžik sepsání prohlášení. V jaké situaci se pacient nacházel biologicky (jestli byl zdrav, nebo již nemocen, jakou nemocí, nakolik vážně), psychologicky, sociálně?
3. Průběh pacientovy nemoci, remise, relapsy, naděje a z nich vyplývající zklamání a změny hodnot v důsledku nemoci. Jak ovlivňují tyto zvraty ve vývoji nemoci pacientův pohled na obsah jeho prohlášení? Může to být zřejmě u každého pacienta a v každé situaci rozdílné. Jedná se tedy o výsostně individuální záležitost.
4. Změny v pacientově okolí, změna vztahů, postojů rodiny. Mohou procházet podobným vývojem jako v bodě třetím. I zde se jedná o individuální postoj a přístup.
5. Je nutné, aby pacient svoje prohlášení konzultoval s lékařem, jak se někdy vyžaduje? Konzultace s lékařem pomáhá v interpretaci pacientova prohlášení tím, že deklaruje jistou úroveň pacientova poučení. Avšak každé rozhodnutí, pokud je autonomní, je pouze záležitostí pacienta. I

rozhodnutí o konzultaci by takovým autonomním rozhodnutím mělo být. Konzultace by tedy povinná být neměla.

6. Další otázkou je, pro jakého (kterého) lékaře pacient svoje prohlášení sepisuje. Jedná se o někoho konkrétního, o kom pacient ví, jak se jím pak bude zabývat, nebo jde o lékaře více nebo méně anonymního, kterého vlastně pacient třeba ani nezná? Nebo chce sestavit svoje prohlášení pro obě skupiny?
7. Bezpečné časové rozmezí. Lze vůbec nějak určit bezpečné časové rozpětí mezi okamžikem, kdy bylo pacientovo prohlášení sepsáno, a dobou jeho naplňování? A může být délka tohoto časového rozpětí pro všechny pacienty stejná? Bude se pravděpodobně lišit u každého nemocného. Také bude asi nutno u každého nemocného obnovovat svoje prohlášení v různém intervalu podle toho, jak se budou měnit subjektivní (pacientovy) podmínky platnosti tohoto jeho prohlášení.
8. Okamžik aplikace pacientova prohlášení. Klade se otázka, zdali už nastala situace, ve které se má pacientovo prohlášení aplikovat. Je přesně popsána? Lze vůbec takovou situaci přesně popsat? A co všechno by mělo podmiňovat onu přesnost? Nakolik přesně má vůbec smysl určovat eventuální biomedicínské parametry, za kterých má být pacientovo prohlášení plněno? A mají být kritériem pouze biomedicínské parametry? Jak případně specifikovat v tomto smyslu rozměr psychologický, sociální, duchovní? Už nastala tato psychologicko-sociálně-duchovní situace? Jak to ověřit?
9. Rozdíl mezi míněným a řečeným²³¹. Zde se klade další zásadní otázka. Co pacient myslel tím, co řekl (napsal, sdělil jiným způsobem). Jak on sám rozumí tomu, co se děje s ním, co chce, aby se s ním dělo, a co se s

²³¹ RETHMANN, Albert-Peter, ROTTBECK, Ruth M[...]: Eingeschränkte Freiheit. Die Bedeutung der Autonomie der Person im Rahmen des gesetzlichen Betreuungsverfahrens, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 1 (2002) 65.

ním nakonec dít bude? Jakým způsobem, jakými slovy, jakým jazykem to sdělí? Budeme tomuto jeho sdělení rozumět? A budeme mu rozumět tak, jak mu rozuměl on?

10. Jak přesně postupovat při aplikaci pacientova prohlášení? Lze tento postup nějak standardizovat? Nebude tento standard²³² kolidovat s pacientovou autonomií jako něco, co k němu (pacientovi i jeho prohlášení samotnému) přistupuje heteronomně?
11. Problematika ověření existence nebo neexistence pacientova prohlášení. Nakolik má lékař nebo zdravotnický personál vůbec ověřovat existenci nebo neexistenci pacientova prohlášení? Má to být jeho povinností? Jak přesně postupovat při plnění této povinnosti? Nakolik je prokázání existence prohlášení také povinností pacienta? Jedná se zde v první řadě o pacientovo právo, a tak o ně také musí dbát on sám, musí je aktivně hájit. Jak by byla ošetřena technická stránka věci: on-line přístup, nepřetržitá služba notářské komory, nebo celostátní registr, kde by byla tato prohlášení uložena? Jak by byla ošetřena problematika ochrany osobních dat?
12. Místo tzv. domnělé vůle v interpretaci pacientova prohlášení. Tzv. domnělá vůle je jedním z nejproblematictějších momentů. Ve snaze co nejvíce ochránit autonomii pacienta klade německé soudnictví i „*Zwischenbericht*“ důraz na doslovný výklad textu pacientova prohlášení. Domnělou vůli považují za jedno z posledních hledisek, ke kterým by se mělo v jednání podle „*Patientenverfügungen*“ postupovat. Za domnělou vůli považují tzv. objektivní nebo subjektivní domnělou vůli, tj. takovou domněnku, která je v dané situaci „objektivně“ správná nebo je správná „subjektivně“, když se konstruuje názor pacienta a podle tohoto konstruktů se potom rozhoduje o péči o pacienta. Otázkou je, zdali doslovná interpretace pacientova prohlášení opravdu zajišťuje jeho

232 Jako pevný, neměnný postup konkrétního zdravotnického zařízení, kterým se ošetří přístup při aplikaci pacientova prohlášení.

maximální možnou autonomii? Na druhou stranu: je lékař vůbec schopen vžít se do pacientova života? Nakolik je život každého z nás jedinečný a nesdělitelný? Nakolik rozumíme či nerozumíme životu druhého člověka? Jak potom může fungovat eticky zodpovědný vztah mezi lékařem a pacientem, když každý z nich má svá vlastní východiska a svoje vlastní představy, zájmy a cíle?

13. Místo rozhodování lékaře. Motivace jednání lékaře - čím je ve svém jednání veden? Proč by měl lékař respektovat pacientovu autonomii? Obecněji: proč má člověk respektovat mravní rozhodnutí druhého člověka (odůvodnění norem)? Jaká je souvislost lidské důstojnosti a svobody jako předpokladů autonomie, tedy podmínky etického jednání? Jen takové jednání, které je etické (tudíž svobodné a autonomní) je také plně lidské. Souvislost medicíny a plně lidského. Co je vlastně medicína? Scientia et ars - věda a umění. Co je obsahem medicíny kromě jejího biomedicínského rozměru? Jak ono etické vstupuje do medicíny? Co je předpokladem mravnosti medicíny? Je to nějaká vnitřní hodnota medicíny, nebo vychází spíše ze společenské objednávky (společenské dohody)? Autonomie lékaře – také zde je míněna autonomie jako podmínka mravního, autonomie jako maximum svobody v rozhodování. Setkání lékaře a pacienta musí být tedy maximálně svobodné, má-li být oboustranně maximálně autonomní. Stejně jako lékař dbá o maximum pacientovy autonomie, tedy svobody v rozhodování, také pacient musí respektovat maximum lékařovy autonomie, tedy svobody v rozhodování. Nepůsobí tento požadavek absurdně? A pokud ano, není tento pocit absurdity reliktem paternalizmu? Nemůže paternalisticky působit i péče o pacientovu autonomii, stejně jako když otec dbá na maximální svobodu svých dětí? Nejedná se vlastně o jakousi autonomii (pacienta) v rámci paternalizmu (lékaře)?
14. Určení momentu, kdy se více držet pacientova (písemného) prohlášení a kdy lze více akcentovat to, co jako lékař o pacientovi vím ve smyslu

vnímání kontextu jeho života. Asi by mohlo platit, že čím méně pacienta lékař zná (akutní záležitosti, příjmy na ARO), tím více se bude držet psaného textu. Naopak, čím více lékař vnímá kontext pacientova života, tím samostatněji může interpretovat jeho (písemné) prohlášení. Jaká rizika tento postup pro pacienta přináší? Pacient si musí být v okamžiku sestavování svého prohlášení vědom toho, že pokud dojde k akutní situaci, bude jeho prohlášení interpretováno doslovněji, bude méně respektovat kontext jeho života (koneckonců proto, že ho ošetřující lékař nebude znát vůbec nebo minimálně). Pacient má však i v této situaci možnost ovlivnit rozhodování o své léčbě.

15. Místo příbuzných a blízkých osob v problematice interpretace pacientova prohlášení. Role příbuzných a blízkých osob v interpretaci pacientova prohlášení může být ambivalentní. Příbuzní a blízcí lidé znají pacienta obvykle lépe než lékař (i když i zde je časté, že ani příbuzní nevědí to, co pacient řekl lékaři). Na jednu stranu je role příbuzných a blízkých osob podobná roli lékaře v tom, že i oni chtějí přispívat k autonomii pacienta proto, aby mu bylo umožněno maximálně svobodné rozhodnutí. Na druhou stranu mohou ale se svojí interpretací vědomě či nevědomě manipulovat, a tak tuto pacientovu autonomii omezovat. Vystává však důležitá otázka, kdo nakonec ponese odpovědnost za terapeutická rozhodnutí týkající se pacienta? Jak se má lékař postavit vůči velmi často nevybíravému tlaku na ten či onen diagnosticko-terapeutický postup? Další otázkou je, nakolik příbuzenský vztah nebo osobní blízkost dává nebo nedává oprávnění k rozhodování o jiné osobě (pacientu)?

Poslední podkapitolou v předcházející kapitole této práce je diskuze o „*dříve projevených přáních*“ v souvislosti s problematikou konce života a eutanázie. Také tuto oblast je nutno reflektovat z pozice pacientovy autonomie. V následujících odstavcích se pokusím letmo nastínit možnou cestu.

1. Terminologie eutanázie. V terminologii je nutno rozlišovat mezi aktivním zabitím na přání pacienta a odstoupením/nezavedením léčby. Zde však vyvstává velmi důležitá otázka po aktivitě nebo pasivitě jednání. Existuje vůbec v medicíně pasivita jednání? Není i odstoupení nebo nezavedení léčby aktivním rozhodnutím? Problém se řeší poukazem na rozdíl mezi přímým zabitím a připuštěním smrti. Otázkou je, zdali je to dostatečné? Závažnější otázkou však je, zdali stojí vyžadování eutanázie ze strany pacienta proti jeho vlastní autonomii. V takových mezních situacích je sice autonomie (jako předpokladu morálky vůbec) pacienta velmi omezena, nedá se však říci, že by úplně zmizela. Jak však vnímat toto pacientovo přání, které je výrazem jeho autonomie? Není nakonec takové rozhodnutí rozhodnutím, které destruuje samotný subjekt autonomie? A mohu ho respektovat a vyplnit, když je mým úkolem co nejvíce respektovat pacientovu autonomii?
2. Jako další vyvstávají v kontextu „*dříve projevených přání*“ otázky obsahu bazální péče, výživy, užití PEG sondy. Také zde je autonomie interpretačním klíčem v přístupu k pacientově prohlášení. On sám rozhodne přesně o obsahu bazální péče, o tom, kdy a za jakých okolností má být PEG sonda zavedena.
3. Zásada „*in dubio pro vita*“. I v interpretaci této zásady bude hrát východisko autonomie, jako předpoklad morálky vůbec, zásadní úlohu. Udržení biologického života není vždy prioritou lékařské péče. Interpretace ve smyslu snahy o maximální zachování a vyjádření pacientovy autonomie hraje důležitou úlohu právě v odstranění pochybností ohledně aplikace pacientova prohlášení. Čím lépe lékař pacienta zná, a to nejen po medicínsko-biologické stránce, ale i co se týče cíle jeho života, hodnot, které chce pacient v životě naplnit, jeho ambicí a představ, tím lépe bude moci svého pacienta chápat a svým rozhodování přispívat k tomu, aby pacientovo prohlášení mohlo být naplněno co nejautentičtěji.

Protože však tato rigorózní práce chce být také teologickou prací, je nutno reflektovat také otázku „*dříve projevených přání*“ ve světle teologické etiky. Než však přistoupíme k těmto otázkám, je nutno zabývat se vůbec vztahem mezi Boží vůlí a lidskou svobodou, vztahem mezi vírou a rozumem, lidskou přirozeností a etikou.

Jde také o koncepci teologické etiky samotné. Abychom však mohli odpovědět i na tuto otázku, je nutno si klást otázky další, a sice po antropologii člověka, po podstatě jeho vztahu k Bohu. Je otázkou, zdali je model etiky vycházející z novotomizmu dostatečný a použitelný. Zdali nevnímá vztah mezi Bohem a člověkem jako konkurenční, zdali nevnímá lidskou svobodu jako něco ve stvoření nepatřičného, co v posledku brání v životě podle Boží vůle. Jako by se taková etika ptala, jestli se člověk nemá a nemusí vzdát své svobody ve prospěch Boží vůle, tak jí přitakat a nahradit tak vlastně vůli svoji vůlí Boží. Nabízí se zde však otázka, zdali se člověk vůbec může své svobody vzdát, a i kdyby chtěl svoji vůli nahradit vůlí Boží, zdali i toto rozhodnutí (rozhodování) nepředpokládá vlastně lidskou svobodu a nemůže být učiněno jinak než ve svobodě. Analogicky lze mluvit i o vůli člověka. V tomto modelu se přece chce vzdát své svobody (chtění je úkon vůle). Ani vůle se tedy nelze beze všeho vzdát. Navíc zůstává otázka, jak pak vůbec Boží vůli poznávat. Zčásti to jistě lze, ale jen nepřímou, ale je otázkou, nakolik lze v úplnosti „odečítat Boží vůli jako z knihy“.

Nabízejí se tedy tři konstanty, které lze vnímat i jako konstanty antropologické: svoboda, vůle a poznání. Nabízí se další otázka: Lze vnímat člověka, který je definován svobodou, vůlí a poznáním jako neměnnou entitu, která se nijak nevyvíjí, neproměňuje? Nebo jsou tyto veličiny předpokladem pro vnímání lidské přirozenosti jako dynamické, rostoucí, proměňující se? Mohla by neměnná lidská entita směřovat k nějakému cíli? Můžeme se však zeptat také poněkud provokativněji: Může neměnná lidská přirozenost hřešit? Ta by přece měla směřovat pouze k dobrému.

Je tedy otázka, zdali má být teologická etika založena pouze

esencionalisticky. Výrazným momentem v sebeinterpretaci člověka je také jeho eschatologické zaměření (to se pochopitelně netýká jenom křesťanů nebo lidí tzv. věřících, ale každého člověka) k nějakému cíli, plnosti. Pak musí být také možné nějaké směřování, cesta. To však předpokládá vnímat lidskou přirozenost nikoliv jako statickou, neměnnou danost, ale jako dynamickou strukturu, která se může měnit (ve smyslu dorůstání do komplexity dokonalosti – eschatologicky k proměnění). Na tom místě je proto vhodné ukázat na těsné sepětí mezi teologickou etikou a spirituální teologií. Právě spirituální teologie ukazuje dynamiku směřování k cíli, dynamiku vztahu, růst a proměnu člověka. Sama tak velmi významně přispívá k porozumění člověku. Ono etické a spirituálněteologické jsou pouze různé diskurzy o tomtéž. Kromě antropologické reflexe vnímají člověka i s jeho dějinností a eschatologickým zaměřením.

Zde se dostáváme k tomu, co je pro člověka velmi niterné, intimní. Je to jeho vnímání sebe sama, rozumění sobě samému, jeho sebeinterpretace. Pro tuto sebeinterpretaci je však příznačné, že se neptá pouze na to čím-kým člověk-jedinec-osoba je, ale ptá se také na to, zdali někam směřuje. Ptá se na cíl, smysl svého života. Tento proces se však neodehrává někde mimo reálný svět, v nějakém nečasovém „abstraktnu“, ale odehrává se v reálném světě, do něhož je člověk, řečeno s M. Heideggerem, „vržen“²³³. Tento člověk je člověkem sebeinterpretujícím, hledajícím sebe sama v kontextu dějinnosti sebe sama, světa a eschatologie.

Toto hledání se však neodehrává pouze ve vztahu já – svět, ale také také ve vztahu já – ty²³⁴. Dalším rysem člověka je tedy vztahovost, člověk jako „*zoon politikon*“, žijící v „*polis*“. Odtud totiž vychází další z momentů významných pro sebeinterpretaci člověka a tím je přijetí ostatními lidmi. Tím, že se ke mně někdo hlásí, nezištně mě přijímá, tím poznávám svoji hodnotu. To potom vrcholí v láskyplném přijetí druhým člověkem na antropologické úrovni, teologicky pak v láskyplném přijetí, proměnění a vykoupení Bohem.

233 Srov. HEIDEGGER Martin: *Bytí a čas*, Praha: OIKYMENH, 2002.

234 Srov. BUBER Martin: *Já a ty*, Olomouc: Votobia, 1995.

Tento svět však není jiný pro „věřícího“ a jiný pro „nevěřícího“ člověka. Člověk, přestože si je vědom svého eschatologického zaměření, nemůže pomíjet nároky, které na něj reálný svět kolem něj klade. A zde, v rozhodování, které se týká každého okamžiku lidského života, dochází k setkání horizontu eschatologického a horizontu reálného světa.

Jak jsem již uvedl v úvodu této kapitoly, Auer se v tzv. teologické tezi ptá právě po onom křesťanském v životě člověka. Dochází k tomu, že v křesťanství je redefinován horizont jednání. V existenciálním setkání s křesťanstvím zůstává tedy „fenotypově“ vše stejné, je však reinterpretován jednak dosavadní život, jednak jeho zaměření a cíl. Do popředí se dostává otázka proměny významu nejdůležitějších hodnot dosavadního života a otázka motivace dalšího jednání. Zde má teologická etika svůj integrující, kritizující a stimuluje moment²³⁵. Křesťanství tedy nepřináší zevně cokoli nového. To však umožňuje komunikovat, přenášet horizont křesťanství tak, aby postupoval oním „světským“.

Právě ona komunikabilita je jedním z klíčů k pochopení „*dříve projevených přání*“. Umožňuje pochopit, jak jsem již uvedl, onu „fenotypovou“ různost těchto prohlášení. Z vnějšku totiž nemůžeme odečíst motivaci jednání. Motivací je zde onen horizont (pro křesťana křesťanský horizont), ke kterému jednání směřuje a ve kterém se jednání odehrává.

Úkolem teologické reflexe v budoucí dizertační práci bude tedy promyšlení teologického obsahu pojmu autonomie v uvedeném kontextu tak, abychom až lépe tomuto pojmu porozumíme, mohli plněji interpretovat pacientova „*dříve projevená přání*“ v momentech uvedených výše. Zamyslet se budeme muset také znovu nad pojmy svoboda, vůle, poznání, bude nutno prověřit tvrzení o dynamickém charakteru lidské přirozenosti, o charakteru a roli mezilidských vztahů, o důvodech platnosti norem.

²³⁵ Srov. AUER Alfons: *Autonome Moral und christlicher Glaube*, Düsseldorf: Patmos Verlag, ²1984, 213.

7. Závěr

V předkládané rigorózní práci jsem se zabýval problematikou tzv. „*dříve projevených přání*“.

Vyšel jsem ze situace v České republice, konkrétně z konfrontace právní situace, kdy existuje závazek českého práva k respektu k „*dříve projeveným přáním*“ na jedné straně, s etickou reflexí českém prostředí, která, jak se ukázalo, tuto problematiku nijak důkladně nereflektuje, na straně druhé. Do této situace vstupuje existence „*Návrhu zákona o zdravotních službách*“, jehož znění je také

velmi diskutabilní. Nicméně přesto se zde ukazují východiska fenoménu „*dříve projevených přání*“. Sem patří zejména požadavek autonomie pacienta, kdy se vychází ze situace pacienta, který využívá svého práva na sebeurčení a vydává prohlášení k péči v situaci, kdy již sám nebude schopen o sobě rozhodovat. Zmiňován je také problém interpretace pacientova prohlášení, nutnost ošetření konkrétní právní formy a aktualizace pacientova prohlášení.

Potom jsem konfrontoval situaci v České republice s diskuzí v Německu.

Nejprve jsem se zabýval právní stránkou německé diskuze. Zde jsem vyšel z právní části dokumentu německého Spolkového sněmu „*Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin. Patientenverfügungen*“, kde jsem se pokusil identifikovat ústavněprávní zakotvení „*dříve projevených přání*“ a civilněprávní požadavek formy „*dříve projevených přání*“. Ústavněprávně „*dříve projevená přání*“ vycházejí z práva člověka na tělesnou nedotknutelnost a důstojnost, z práva na sebeurčení a svobodu jednání. Civilněprávně se vyžaduje způsobilost k právním úkonům, nevyžaduje se žádná konkrétní forma ani žádný konkrétní formulář.

V předkládaných soudních rozhodnutích je zřejmý bezvýhradný respekt k autonomii pacienta, jeho důstojnost a sebeurčení stojí v centru dění. Dalším z významných momentů je řešení konfliktu mezi pacientem a ošetřujícím personálem, kdy se konstatuje, že svoboda ošetřujícího personálu není dotčena rozhodnutím pacienta a že svoboda svědomí ošetřujícího personálu nepropůjčuje právo skrze aktivní jednání narušovat právo na sebeurčení ošetřovaného. Dále se diskutuje problematika domnělé vůle, zásady „*in dubio pro vita*“ a podávání výživy PEG sondou.

Poté jsem se pokusil identifikovat etické problémy v dokumentech institucí, které se problematikou „*dříve projevených přání*“ zabývají, reflektují ji a vydávají k ní svá stanoviska. Vybral jsem si Německou lékařskou komoru a její „*Zásady lékařského doprovázení ke smrti*“, potom, poněkud nesystémově²³⁶, prohlášení Parlamentního shromáždění Rady Evropy „*Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících*“. Tento dokument je v Německu

236 Dokument nevznikl v Německu.

akceptován a také se podílí na tvorbě rámce a diskuzi v oblasti „*dříve projevených přání*“. Poté jsem se pokusil určit, jaké etické problémy vnímá německé zákonodárství. Zde jsem vyšel z etické části dokumentu německého Spolkového sněmu „*Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin. Patientenverfügungen*“ a nakonec jsem identifikoval etické problémy, jak vyplývají z dokumentů Německé biskupské konference a Rady evangelických církví Německa „*Christliche Patientenverfügung*“ a „*Doprovázení místo aktivní eutanázie*“.

Dokument „*Zásady lékařského doprovázení ke smrti*“ Německé lékařské komory udává rámeček lékařské péče tím, že definuje roli lékaře: „*Úkolem lékaře je zachovat život pacienta, chránit nebo obnovit jeho zdraví, tišit bolest a umírající doprovázet.*“ Lékařská péče se však odehrává v rámci pacientova práva na sebeurčení, proto lékař respektuje vůli pacienta, i když se tato vůle nekryje s navrhovanými diagnosticko-terapeutickými opatřeními. Přípustné je zkrácení života při podávání prostředků tišících bolest, ovšem naproti tomu se odmítá jako aktivní eutanázie snaha přivodit smrt nebo urychlit umírání. Zde je evidentní, jakou roli hraje při hodnocení jednání úmysl jednajícího, protože je to někdy pouze úmysl, který rozhoduje o tom, zda se o aktivní eutanázii již jedná, nebo nikoliv. Dále se v tomto dokumentu nastoluje otázka obsahu bazální terapie, konstatuje se, že o rozsahu péče u pacientů s trvajícím bezvědomím nesmí rozhodovat pouze délka trvání bezvědomí.

Prohlášení Parlamentního shromáždění Rady Evropy „*Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících*“ také vychází z práva pacienta na sebeurčení a odvozuje důstojnost umírajících ze základního lidského práva nedotknutelnosti lidské osoby. Nikdo nemá být ošetřován a léčen proti své vůli, každý má právo být či nebýt informován a nemá být na nikoho činěn nátlak, zvláště ekonomický. Ve sporných případech se má rozhodnout ve prospěch prodloužení života. Požadavkem tohoto prohlášení je zabránit zbytečnému prodlužování terminální fáze života, přičemž přání zemřít nezakládá právní nárok na smrt z ruky jiné osoby, ani takové přání nezakládá legální ospravedlnění činností úmyslně způsobujících smrt. Státy mají uznat právo na život.

Dokument německého Spolkového sněmu „*Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin. Patientenverfügung*“ vnímá velmi výrazně řadu etických problémů. Mluví o obtížné předvídatelnosti budoucí situace. Uvědomuje si, že je velmi obtížné určit, zdali již nastala ona situace, která je v pacientově prohlášení zmiňována. Upozorňuje na možnou změnu hodnot, postojů a rozhodnutí v různých životních situacích. Jinak lze hodnotit situaci v okamžiku sestavování prohlášení, jinak potom při samotném prožívání takové situace a s ní spojeného ohrožení života. Odhaluje také možnost vzniku konfliktu mezi vůlí pacienta a úsudkem lékařské vědy nebo vůlí pacienta a dobrem pro něj samého. Hledá také místo tzv. domnělé vůle při rozhodování o péči o pacienta a klade si také otázky v souvislosti s „*Patientenverfügung*“ u pacientů, kteří se nenacházejí ve fázi umírání.

Společným dokumentem Německé biskupské konference a Rady evangelických církví Německa, který se problematiky „*dříve projevených přání*“ dotýká, je „*Christliche Patientenverfügung*“. Také zde se projevují jistá východiska a také zde můžeme nalézt některé etické problémy. Východiskem se „*Christliche Patientenverfügung*“ také hlásí k autonomii pacienta a k možnosti spoluurčit svoji léčbu. Jde vždy o závažné rozhodnutí, které má vycházet ze situace pacienta. Zaznívá také důrazné vymezení mezi aktivní a pasivní eutanázií s tím, že i v nemoci lze prožít život jako smysluplný, že proces nemoci lze vnímat jako cestu vnitřního růstu. V konfliktu „*Patientenverfügung*“ a svědomí ošetřujícího personálu se v „*Christliche Patientenverfügung*“ konstatuje, že nikdo, ani pacient, ani ošetřující personál, nemůže být nucen k tomu, co odporuje jeho svědomí. Co se týče formy, lze podle „*Christliche Patientenverfügung*“ pořídít takové prohlášení také ústně, není nutná forma notářského zápisu. Doporučuje se obnovovat „*Christliche Patientenverfügung*“ každé dva roky. Dále se „*Christliche Patientenverfügung*“ vyjadřuje k obsahu bazální péče a užití PEG sondy. Užití této sondy není povinné, ale musí se zvážit vždy podle konkrétní situace pacienta.

Společný dokument Německé biskupské konference a Rady evangelických církví Německa „*Doprovázení ke smrti místo aktivní eutanázie*“ se

nevyjadřuje přímo k otázce „*dříve projevených přání*“, ale zabývá se problematikou, která souvisí velmi těsně. Rozlišuje mezi aktivním zabitím a připuštěním smrti, v eutanázii vidí hrozbu narušení právního řádu porušením vztahu lékaře a pacienta a nakonec i mezi lidmi navzájem. Vnímá také hrozbu tlaku na menšiny. Motivem rozhodování o léčbě není pokus o nemožné²³⁷, ale připuštění smrti jako neodvratného konce lidského života. Klade se důraz na motivaci jednání. Měřítkem je zde rozhodnutí pacienta a jeho vůle. Antropologicky vnímá tento dokument jako měřítko v rozhodování pouze důstojnost člověka, odmítá se takový postup, ve kterém jeden člověk slouží jinému člověku jako prostředek. Nikdo také nesmí rozhodovat o hodnotě nebo nehodnotě života ostatních. Teologicky je zde důstojnost člověka vnímána jako znamení Boží přítomnosti v člověku. Vyzdvihuje jedinečnou neopakovatelnost stvoření jednotlivého člověka, který je právě jako takový nepostradatelný. Smrt zažívá věřící Izraele všude tam, kde ochabuje vztah k Bohu a kde se od Boha odcizuje. Pro Pavla není smrt pouhý přírodní děj, ale „*mzda hříchu*“.

Poté, co jsem ve čtvrté kapitole identifikoval některé etické problémy v jednotlivých textech, pokusil jsem se v páté kapitole tyto problémy systematizovat a naznačit východiska k jejich řešení.

Tyto problémy jsem rozdělil do tří okruhů. První okruh řeší otázku souvislosti „*dříve projevených přání*“ a autonomie, protože se jedná o setkání dvou autonomních jedinců, pacienta a lékaře. Klade se otázka zodpovědnosti lékaře za péči, jejíž rámec udává pacient. Dále se klade otázka řešení konfliktu mezi vůlí pacienta a úsudkem lékařské vědy o konkrétní situaci a konfliktem mezi vůlí pacienta a dobrem pro pacienta. Otázkou je také role principu „*in dubio pro vita*“.

Druhý okruh se zabývá problematikou interpretace pacientova prohlášení. Stěžejní situací je právě situace, kvůli které institut „*dříve projevených přání*“ vznikl. Problémem je to, že jediným, kdo je v dané situaci schopen pacientovo přání autenticky interpretovat, je pouze pacient, a ten již nyní není schopen se k dané situaci vyjádřit. Otázkou je, z jaké pozice interpretovat pacientovo

237 Tj. zabránit smrti.

prohlášení a jak zdůvodnit volbu takové pozice. Další otázkou tohoto okruhu je nutnost přesně popsat situaci, ve které má být pacientovo prohlášení plněno. Respektive jak zdůvodnit míru detailnosti popisu. Vyvstávají i další otázky. Je to rozdíl v situaci, kdy pacient své prohlášení sepsal a kdy má být aplikováno, rozdíl je také mezi řečeným a míněným. Otázkou je také, jaký časový interval mezi sepsáním prohlášení a jeho aplikací je přijatelný a proč. Posledním okruhem problémů je otázka dohledatelnosti prohlášení, respektive odpovědnosti za dohledatelnost.

Třetí okruh je věnován otázkám vztahu „*dříve projevených přání*“ konce života, problému eutanázie a pasivity a aktivity jednání vůbec. Řeší otázky bazální péče a použití PEG sondy. Na tomto místě a v kontextu diskuze o řádných a mimořádných prostředcích je třeba přesně oddělit aktivní eutanázii a právo autonomně odmítnout tu nejnáročnější terapii. Zde vyvstává zásadní otázka úmyslu a kontextu jednání, a to je etická otázka. Proto se v tomto okruhu kladou otázky obsahu bazální péče, výživy a užití PEG sondy.

V poslední kapitole se věnuji interpretaci pacientova prohlášení z pozice autonomie Alfonse Auera. Pacientovo prohlášení lze chápat jako autonomní čin, proto musí být jeho prohlášení interpretováno z této pozice, aby tak bylo interpretováno co nejautentičtěji. Jaké otázky v této situaci vyvstávají, je obsahem právě této kapitoly. Jejich řešení je ponecháno záměrně pro zamýšlenou dizertační práci.

Seznam zkratk

BGH	Bundesgerichtshof (Spolkový soudní dvůr)
BverfG	Bundesverfassungsgericht (Spolkový ústavní soud)
EKD	Evangelische Kirche in Deutschland
GG	PARLAMENTARISCHER RAT: Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (ze dne 23. května 1949), in: Grundgesetz mit [...], München: Deutscher Taschenbuch Verlag, 2006

KKC	Katechismus katolické církve, Praha: Zvon, 1995
LG	Landgericht (Zemský soud)
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
Příl. Lék. listy	Lékařské listy (příloha Zdravotnických novin)
PV	Patientenverfügung
Srov.	Srovnej
StGB	Strafgesetzbuch, http://dejure.org/gesetze/StGB
ZB	Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin, http://webar-chiv.bun-destagde/cgi/show.php?fileToLoad=116-&id=1040

Anotace

Příjmení a jméno autora: Matějek Jaromír

Instituce: Katolická teologická fakulta, Univerzita Karlova v Praze

Název práce: Etické aspekty tzv. dříve projevených přání pacientů

Počet stran: 117

Počet příloh: 0

Počet titulů použité literatury:

knihy – 10; časopisy – 14; internetové zdroje – 23

Klíčová slova: lékařská etika

autonomie pacienta

dříve projevená přání

eutanázie

Rigorózní práce se zabývá problematikou „*dříve projevených přání*“ v českých a německých právních a etických textech. Vybrané texty analyzuje, všímá si problémů, na které tyto texty upozorňují. Dále pak tyto problémy systematizuje, rozděluje a navrhuje východisko jejich řešení.

Cizojazyčné resumé

Die vorgelegte Arbeit beschäftigt sich mit der Problematik der sogenannten Patientenverfügungen.

Sie geht von der Situation in der Tschechischen Republik aus, wo rechtlich gesehen die Verbindlichkeit des tschechischen Rechts besteht, die Patientenverfügungen zu respektieren. Dem jedoch entspricht nicht der Charakter der ethischen Reflexion in der tschechischen Gesellschaft. Dies ist einer der

Gründe für die Entstehung dieser Arbeit.

Diese Situation wird mit den Umständen in Deutschland konfrontiert.

Anfangs befasst sich diese Arbeit mit der rechtlichen Seite der deutschen Diskussion. Sie beruht auf dem rechtlichen Teil des Dokumentes des deutschen Bundestages „*Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin. Patientenverfügungen*“, wo die Identifizierung der verfassungsrechtlichen Verankerung der *Patientenverfügungen* und die zivilrechtliche Anforderung der Form der *Patientenverfügungen* angestrebt wird.

Aus den vorgelegten gerichtlichen Entscheidungen ist der vorbehaltlose Respekt zur Autonomie des Patienten ersichtlich; seine Würde und Selbstbestimmung steht im Zentrum des Geschehens. Ein weiterer bedeutender Moment ist die Lösung des Konfliktes zwischen dem Patienten und dem Pflegepersonal, wo festgestellt wird, dass die Freiheit des Pflegepersonals durch die Verfügung des Patienten nicht angetastet ist, wobei die Freiheit des Gewissens des Pflegepersonals kein Anrecht verleiht, durch aktives Handeln das Recht auf Selbstbestimmung der behandelten Person zu verletzen.

Außerdem identifiziert die Arbeit ethische Probleme in Dokumenten der Institutionen, die sich mit der Problematik der *Patientenverfügungen* befassen, oder sie reflektieren und Stellungnahmen dazu abgeben. Eine solche Institution ist die Deutsche Ärztekammer und ihre „*Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung*“. Weiter dann, einigermaßen systemlos, „*Empfehlung 1418 (1999) der Parlamentarischen Versammlung des Europarats zum Schutz der Menschenrechte und der Würde der Todkranken und Sterbenden*“. Dieses Dokument wird in Deutschland anerkannt und miteinbezogen in den Prozess der Rahmenbildung und in die Diskussion auf dem Gebiet der *Patientenverfügungen*.

Im nächsten Abschnitt der Arbeit geht es darum, welche ethischen Probleme in der deutschen Gesetzgebung wahrgenommen werden. Hier wird auf dem Ethik-Abschnitt des Dokumentes des deutschen Bundestages „*Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin. Patientenverfügungen*“ basiert.

Zum Schluss werden die ethischen Probleme identifiziert, die im Dokument

der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der evangelischen Kirchen Deutschlands „*Christliche Patientenverfügung*“ und „*Sterbebegleitung statt aktiver Euthanasie*“ erörtert werden.

Danach wurden die festgestellten ethischen Probleme in drei Bereiche geteilt.

Der erste Bereich befasst sich mit dem Zusammenhang der *Patientenverfügungen* und der Autonomie, denn es handelt sich um eine Begegnung zweier autonomer Personen: des Patienten und des Arztes. Es stellt sich die Frage der Verantwortlichkeit des Arztes für die Behandlung, deren Rahmen der Patient vorgibt. Im Weiteren wird die Lösung des Konflikts zwischen dem Willen des Patienten und dem Urteil der Medizinwissenschaft zu einer konkreten Situation und des Konfliktes zwischen dem Willen des Patienten und dem Guten für den Patienten behandelt. Eine Rolle spielt auch das Prinzip „*in dubio pro vita*“.

Der zweite Bereich befasst sich mit der Problematik der Interpretierung der *Patientenverfügungen*. Die kardinale Situation ist eben die Situation, die das Institut der *Patientenverfügungen* begründet. Problematisch ist, dass der Einzige, der in einer konkreten Situation den Wunsch des Patienten authentisch interpretieren kann, ist nur der Patient, und der ist nicht mehr imstande, sich zu der Situation zu äußern. Die Frage ist, aus welcher Position eine Patientenverfügung zu erklären, und wie die Wahl einer solchen Position zu begründen. Eine andere Frage aus diesem Bereich ist die Notwendigkeit, genau die Situation zu beschreiben, in der die Patientenverfügung erfüllt werden soll. Es ergeben sich noch weitere Fragen: Es besteht ein Unterschied in der Situation, als der Patient seine Verfügung verfasste und wenn sie angewandt werden soll, und auch ein Unterschied zwischen dem Gesagten und dem Gemeinten. Fraglich ist auch, welcher zeitliche Abstand zwischen der Aufstellung und der Anwendung der Verfügung akzeptabel ist und warum. Der letzte Bereich ist die Frage der Auffindung der Verfügungen oder der Verantwortlichkeit für die Auffindung.

Der dritte Bereich ist dem Zusammenhang der Verfügungen über den Lebensausgang, der Euthanasie und der Passivität und Aktivität des menschlichen

Handelns überhaupt gewidmet. Es werden die Fragen der Basisbetreuung und die Anwendung der PEG-Sonde erörtert. Auf dieser Stelle im Kontext der Diskussion über ordentliche und außerordentliche Mittel muss man ganz genau unterscheiden zwischen der aktiven Euthanasie und dem Anrecht, autonom die anspruchsvollste Therapie abzulehnen. Es geht um das Prinzip der Absicht und des Kontextes des Handelns, was eine ethische Frage ist. Es wird der Inhalt der Basisbetreuung, Ernährung und Anwendung der PEG-Sonde analysiert.

Das letzte Kapitel ist der Ausgangspunkt für eine beabsichtigte Dissertationsarbeit. Es beruht auf dem Begriff der Autonomie bei Alfons Auer und stellt Fragen, wie man von diesem Standpunkt die Probleme der Interpretation der Patientenverfügungen herangehen sollte. Die Aufgabe bei der Interpretation der Patientenverfügungen ist das Bestreben, die Patientenautonomie möglichst vollständig auszulegen mit dem Anliegen, dass sie bewahrt wird. Im Weiteren wird das Kapitel in mehrere Abschnitte gegliedert, die diese Fragen konkretisieren. Lösungen werden nur vereinzelt angedeutet. Die komplexe Lösung soll in der Dissertationsarbeit erörtert werden. Im letzten Teil des Kapitels ist die anthropologische Verankerung der Ethik angedeutet und die Suche nach einem theologischen Kontext erörtert, in dem die Handlungen eines Christen geschehen.

Seznam literatury

Knihy

AUER, Alfons: *Autonome Moral und christlicher Glaube*, Düsseldorf: Patmos Verlag, ²1984.

BEAUCHAMP Tom L[...], CHILDRESS James F[...]: Principles of biomedical ethics, Oxford: Oxford University Press, ⁵2001.

Bible. Písmo svaté Starého a Nového zákona. Český ekumenický překlad, Praha: Česká biblická společnost, ⁷1996.

BUBER Martin: Já a ty, Olomouc: Votobia, 1995.

DEMMER Klaus: Moraltheologische Methodenlehre, Freiburg: Universitätsverlag, 1989.

HAŠKOVCOVÁ Helena: Lékařská etika, Praha: Galén, ³2002.

HEIDEGGER Martin: Bytí a čas, Praha: OIKYMENH, ²2002.

Katechismus katolické církve, Praha: Zvon, 1995.

PARLAMENTARISCHER RAT: Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (ze dne 23. května 1949), in: Grundgesetz mit [...], München: Deutscher Taschenbuch Verlag, 2006.

PUTZ Wolfgang, STELDINGER Beate: Patientenrechte an Ende des Lebens. Vorsorgevollmacht. Patientenverfügung. Selbstbestimmtes Sterben, München: Deutscher Taschenbuch Verlag, ³2007.

Časopisy

HAŠKOVCOVÁ Helena: Smrt má své místo v životě i v medicíně a úmrtí pacienta není nutné chápat jako prohru, in: Zdravotnické noviny 6 (2000) 16.

HUFEN Friedhelm: In dubio pro dignitate – Selbstbestimmung und Grundrechtsschutz am Ende des Lebens, in: Neue Juristische Wochenschrift 7 (2001), 849 – 857.

KRTIČKA František: Na okraj článku prof. Munzarové: Respekt ke dříve vysloveným přáním nemocných, in: Praktický lékař 9 (2005) 520 – 522.

LAJKEP Tomáš: Eutanazie - téma stále aktuální, in: Praktický lékař 9 (2002) 558 – 559.

LAJKEP Tomáš: Předem vyslovená přání, in: Zdravotnické noviny 4 (2003) 26.

MUNZAROVÁ Marta: Právo smrtelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení (k dokumentu Parlamentního shromáždění Rady Evropy 1418/1999), in: Vnitřní lékařství 3 (2001) 131 – 133.

MUNZAROVÁ Marta: Etická problematika umírání a smrti Onkologie pro praktické lékaře - vybrané kapitoly, in: Postgraduální medicína 5 (2003) 54 – 56.

MUNZAROVÁ Marta: Respekt ke dříve vysloveným přáním nemocných, in: Praktický lékař 7 (2005) 411 – 412.

MUNZAROVÁ Marta: Etické aspekty léčby v terminálním stavu závažných nevléčitelných onemocnění, in: Neurologie pro praxi 1 (2006) 13 - 14.

PRUDIL Lukáš: Dříve vyjádřená přání - respektovat či nerespektovat? In.: Zdravotnické právo v praxi 2 (2003) 28 - 29 .

RETHMANN Albert-Peter, ROTTBECK Ruth M[...]: Eingeschränkte Freiheit. Die Bedeutung der Autonomie der Person im Rahmen des gesetzlichen Betreuungsverfahrens, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 1 (2002) 65.

SLABÝ Adolf: Etické aspekty dříve učiněných projevů vůle pro terminální období nemoci (Konference. Brno, 18. - 19. 10. 2002), in: Scripta bioethica 1 (2003) 10 – 14.

ŠIMEK Jiří: Informovaný souhlas v medicíně, in: Praktický lékař 4 (2006) 230 – 232.

VALENTOVÁ Iva: Advance directives aneb právo pacienta se rozhodnout, in: Sestra 12 (2004) 13.

Internetové zdroje:

(Vzhledem k délce internetových odkazů bylo nutno webové adresy rozdělit.

Rozdělení je vždy označeno rozdělovníkem.)

JEDNOTNÁ INFORMAČNÍ BRÁNA, <http://www.jib.cz>, (18. 3. 2008).

MESH – Medical Subject Headings – National Library of Medicine, <http://www.nlm.nih.gov/mesh/>, (3. 4. 2008).

MICHAUD Jean: Vysvětlující zpráva k Úmluvě Rady Evropy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluvě o lidských právech a biomedicíně, http://mujweb.atlas.cz/www/krev/text/Umluva_biomedicina_vysvetleni2.htm (25. 3. 2008).

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY: Návrh zákona o zdravotních službách: http://www.komora.cz/hk-cr-top-02-sede/podpora-podnikani-v-cr/pripominkovanilegislati-vy/art_25698/107-08-navrh-zakona-o-zdravotnich-sluzbach-t-16-7-20-08.aspx, (7. 8. 2008).

NĚMECKÁ BISKUPSKÁ KONFERENCE A RADA EVANGELICKÝCH CÍRKVÍ NĚMECKA: Christliche Patientenverfügung, <http://www.dbk.de/schriften/data/3625/index.html>, (26. 4. 2008).

NĚMECKÁ BISKUPSKÁ KONFERENCE A RADA EVANGELICKÝCH CÍRKVÍ NĚMECKA: „Das Lebensrecht des Menschen und die Euthanasie“ in: NĚMECKÁ BISKUPSKÁ KONFERENCE A RADA EVANGELICKÝCH CÍRKVÍ NĚMECKA: „Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe“, http://www.dbk.de/imperia/md/content/schriften/dbk6.gemeinsametexte/gt_17.pdf, (23. 4. 2008).

NĚMECKÁ BISKUPSKÁ KONFERENCE A RADA EVANGELICKÝCH CÍRKVÍ NĚMECKA: „Gott ist ein Freund des Lebens. Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens.“ Gemeinsame Erklärung des Rates der EKD und der Deutschen Bischofskonferenz in Verbindung mit den übrigen Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft christlicher Kirchen in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West), Gütersloh/Trier 1989 (Sonderausgabe 2000 aus Anlass 10 Jahre Woche für das Leben) 105-110, in: NĚMECKÁ BISKUPSKÁ KONFERENCE A RADA EVANGELICKÝCH CÍRKVÍ NĚMECKA: „Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe“, http://www.dbk.de/imperia/md/content/schriften/dbk6.gemeinsametexte/gt_17.pdf, (23. 4. 2008).

NĚMECKÁ BISKUPSKÁ KONFERENCE A RADA EVANGELICKÝCH CÍRKVÍ NĚMECKA: „Im Sterben: Umfängen vom Leben“. Gemeinsames Wort zur Woche für das Leben 1996 „Leben bis zuletzt – Sterben als Teil des Lebens“, hg. vom Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland und dem Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Bonn / Hannover 1996 (= Gemeinsame Texte 6) 7-10, in: NĚMECKÁ BISKUPSKÁ KONFERENCE A RADA EVANGELICKÝCH CÍRKVÍ NĚMECKA: „Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe“, http://www.dbk.de/imperia/md/content/schriften/dbk6.gemeinsametexte/gt_17.pdf, (23. 4. 2008).

NĚMECKÁ BISKUPSKÁ KONFERENCE A RADA EVANGELICKÝCH CÍRKVÍ NĚMECKA: „In Würde sterben – in Hoffnung leben“. Argumentationshilfe zur Woche für das Leben 1996 „Leben bis zuletzt – Sterben als Teil des Lebens“, hg. vom Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland und dem Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, 1996, 4; 6-1, in: NĚMECKÁ BISKUPSKÁ KONFERENCE A RADA EVANGELICKÝCH CÍRKVÍ NĚMECKA: „Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe“, http://www.dbk.de/imperia/md/content/schriften/dbk6.gemeinsametexte/gt_17.pdf, (23. 4. 2008).

NĚMECKÁ BISKUPSKÁ KONFERENCE A RADA EVANGELICKÝCH CÍRKVÍ NĚMECKA: Kundgebung der 9. Synode der Evangelischen Kirche in Deutschland auf ihrer 7. Tagung im Timmendorfer Strand: „Was ist der Mensch? ...wenig niedriger als Gott? Das christliche Verständnis vom Menschen in den Herausforderungen unserer Zeit“, 3.– 8.11.2002, in: NĚMECKÁ BISKUPSKÁ KONFERENCE A RADA EVANGELICKÝCH CÍRKVÍ NĚMECKA: „Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe“, http://www.dbk.de/imperia/md/content-schriften/dbk6.gemeinsametexte/gt_17.pdf, (23. 4. 2008).

NĚMECKÁ BISKUPSKÁ KONFERENCE A RADA EVANGELICKÝCH CÍRKVÍ NĚMECKA: „Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe“, http://www.dbk.de/imperia/md/content/schriften/dbk6.gemeinsametexte/gt_17.pdf, (23. 4. 2008).

NĚMECKÁ BISKUPSKÁ KONFERENCE: Život z víry. Překlad 2. dílu katolického katechismu pro dospělé. České Budějovice, Sdružení sv. Jana Neumanna, 1998.

PARLAMENTNÍ SHROMÁŽDĚNÍ RADY EVROPY: Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. <http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/-164.htm>, (3. 4. 2008).

PARLAMENTNÍ SHROMÁŽDĚNÍ RADY EVROPY: Doporučení 1418 (1999) - Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících <http://www.hospice.cz/hospice1/data/radaev-ro.htm>, (5. 4. 2008).

PARLAMENTNÍ SHROMÁŽDĚNÍ RADY EVROPY: Úmluva o lidských právech a biomedicině, http://juristic.zcu.cz/dostal/docs/UB_cj.htm, (30. 3. 2008).

SPOLKOVÝ SNĚM: Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin, <http://webarchiv.bundestag.de/cgi/show.php?fileTo-Load=116&id=1040>, (3. 5. 2008).

SPOLKOVÝ SOUDNÍ DVŮR, (BGH): Rozsudek z 4. 7. 1984, 3 StR 96/84 (LG Krefeld), <http://beck-online.beck.de/Default.aspx?vpath=bibdata%2Fzeits%2FNJW%2F1984%2Fcont%2FNJW%2E1984%2E2639%2E1%2Ehtm#G1>, (14. 4. 2008).

SPOLKOVÝ SOUDNÍ DVŮR, (BGH): Rozsudek z 13. 09. 1994 - 1 StR 357/94 (LG Kempten), <http://beck-online.beck.de/Default.aspx?vpath=bibdata\zeits\njw\1995\cont\njw.1995.204.1.htm&pos=9&hlwords=KemptenerÐEntscheidung#xhlhit>, (18. 4. 2008).

SPOLKOVÝ SOUDNÍ DVŮR, (BGH): Rozhodnutí z 17. 3. 2003 - XII ZB 2/03 <http://beck-online.beck.de/Default.aspx?typ=reference&y=300&z=NJW&b=200-3&s=1588>, (14. 4. 2008).

SPOLKOVÝ SOUDNÍ DVŮR, (BGH): Závěr z 8. 6. 2005 - XII ZR 177/03, <http://beck-online.beck.de/Default.aspx?typ=reference&y=300&z=NJW&b=200-3&s=1588>, (14. 4. 2008).

SPOLKOVÝ ÚSTAVNÍ SOUD, (BVerfG): 3. Kammer des Ersten Senats, Rozhodnutí z 2. 8. 2001 - 1 BvR 618/93, <http://beck-online.beck.de/Default.aspx?details=off&words=NJW+2002+206&chkdoktyp=on&chkrestrict=on&btsearch.x=0&btsearch.y=0>, (14. 4. 2008).

ZEMSKÝ SOUD Ravensburg, (LG): Rozsudek z 3. 12. 1986 - 3 Kls 31/86, <http://beck-online.beck.de/Default.aspx?vpath=bibdata\zeits\ntz\1987\cont\ntz.-1987.229.1.htm&pos=0&hlwords=#xhlhit>, (14. 4. 2008).

Strafgesetzbuch, <http://dejure.org/gesetze/StGB>, (26. 12. 2007).

ZENTRUM FÜR MEDIZINISCHE ETHIK E.V. BOCHUM, RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM: Mustertexte, Formularmuster, Formulierungsvorschläge zu Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten, Betreuungsverfügungen., <http://www.ruhr-uni-bochum.de/zme/> (21. 12. 2007).