

Lékařská etika a práva pacientů

Dagmar Pohunková
Ústav sociálního lékařství 1. LF UK

Centrální etická komise Českého ministerstva zdravotnictví vydala v roce 1992 za předsednictví doc. Jaroslava Šetky ve spolupráci s prof. Haškovcovou Kodex práv pacientů, který byl od té doby sice mnohokrát publikován, ale nemá právní závaznost. Doufáme, že jeho obsah bude legalizován v připraveném novém zákoně o zdravotní péči. Jeho současné znění je velmi jednostranné, jde v něm o „patientská práva“, z dnešního pohledu více či méně samozřejmé normy slušného chování zdravotníků respektujících autonomii a důstojnost nemocných, ale není v něm ani zmínka o druhé straně mince, o povinnostech nemocných a o právech zdravotníků. V době, kdy byl tento kodex vydán, ovšem o samozřejmosti nešlo a Centrální etická komise, inspirována zahraničními vzory, chtěla vyplnit mezeru a dohnat něco, co bylo v západních státech běžné už téměř třicet let. V Severní Americe a v Evropě se však vývoj nezastavil a my stále jaksí doháníme rozjetý vlak projíždějící mnohými zatáčkami, přičemž není úplně jasné, jaký je předpokládaný cíl té cesty.

Starověká medicína pojem patientských práv neznala. Nemoc bývala chápána – ačkoli byly také uznávány přirozené příčiny – často jako trest božstva, jako zkouška nebo útok zlých démonů. Uzdravení bylo darem božstva, jemuž lékař sloužil svým uměním, a nemocný se měl snažit božstvo si naklonit modlitbami a obětmi a dodržovat lékařovy rady a příkazy. I Hippokratova přísaha začíná vyzváním Apollóna a Aeskulapa. Ovšem dochované zlomky hippokratovských spisů jsou sekulární povahy a zakládají se na bohaté empirii. Hippokratovský lékař se snažil pomoci konkrétnímu nemocnému, usiloval o úspěch své činnosti a byl povinen svou bezúhonností přispívat k prestiži lékařského stavu. Měl být diskrétní, nemocnému musel prospívat, nesměl mu škodit, ale směl ho klamat a neříkat mu vždy říkat pravdu. Při tom se lišil jeho „smluvní“ vztah ke svobodnému občanu od vztahu k otroku. Chudáky a nevléčitelně nemocné neléčil.

V **biblickém pojetí** jsou jak lékařské umění, tak uzdravení Božími dary. Uzdravení souvisí se spásou, Hospodin je na několika místech charakterizován jako lékař uzdravující svůj lid. Často jej vede k uzdravení\ spáse namáhavou cestou a podává mu trpký lék, třebaš proti jeho vůli. **Ježíš** sám sebe přirovnává k lékaři, ale

jeho uzdravující činy jsou vždy znamením Boží milosti a vyžadují od nemocného víru, otevřenost a vůli se uzdravit (Co chceš, abych ti učinil?). V podobenství o milosrdném Samaritánovi Ježíš ukazuje, co je to empatie a solidarita překonávající etnické a ideologické hranice.

Pojem **Christus medicus** objevující se v patristických spisech poukazuje na to, jak bylo zdraví od prvokřesťanských dob chápáno celostně jako zdraví těla i ducha, jako zdraví a spása. Příkaz lásky k bližnímu žádal obětavou péči o každého potřebného, milosrdenství a empatii – nárok na ně se zakládal v tom, že každý trpící reprezentoval Krista. Tato idea byl základem "klášterní medicíny" a podnětem pro zakládání prvních hospiců. Středověký lékař s univerzitním vzděláním byl odpovědný za svou odbornost a svědomitost, ale ve zřetelně asymetrickém vztahu k nemocnému byl nepopíranou autoritou, již byla dovolena „milosrdná lež“ (fraus pia).

S rozvojem **novověké medicíny** již od dob renesance a plně s nástupem osvícenství se začal objevovat stále větší zájem o vědecké poznání a o experiment. Odpovědní lékaři bádali sami na sobě, často velmi krutě, samozřejmě nedělali pokusy na „platicích“ pacientech, ale nezdráhali se experimentovat na věznicích, odsouzencích, na duševně nemocných nebo chovancích v ústavech nebo pacientech v nemocnicích pro chudé. Zájmu vědy a pokroku lidstva dávali přednost před zájmem jednotlivce a pojem informovaného souhlasu jim byl něčím neznámým.

V **předmoderní medicíně** byl dobrým lékařem ten, který měl patřičné znalosti, byl odpovědný a svědomitý, cílem jeho působení bylo pomoci nemocnému. Proto pro něj volil léčbu podle svého nejlepšího vědomí a svědomí. Pacient uznával jeho autoritu a důvěřoval mu (také si ho sám svobodně volil); šlo o asymetrický paternalistický vztah dvou lidí, v němž hrála velkou roli mravní osobnost lékaře. Kodexy lékařské etiky té doby nemluvily o právech pacientů, ale obsahovaly mravní předpisy pro vytváření správného vztahu lékaře k pacientovi a vzájemných vztahů mezi lékaři (19. století Anglie, USA).

Moderní medicína – stále ještě trvající – byla charakterizována technizací a specializací lékařské činnosti, což nutně vedlo k určitému odosobnění terapeutického vztahu. Víra v její všemocnost vedla na jedné straně k medicinalizaci sociálních a politických problémů a k přehnaným očekáváním nemocných, na druhé straně se začala objevovat nedůvěra ve školskou medicínu a autoritu paternalistických lékařů.

Za zlom je možno považovat **druhou světovou válku** a odhalení nacistických zvěrstev páchaných v koncentračních táborech. Norimberský proces s nacistickými lékaři ukázal, jak i odborně respektovaný lékař může lidsky naprosto selhat a chovat se zločinně.

Jak nově založená Organizace Spojených Národů, tak Rada Evropy, která vznikla v roce 1949, se začaly zabývat koncepcí všeobecných lidských práv a vydaly k jejich ochraně příslušné dokumenty a úmluvy. Právo lidského jedince na život, na jeho ochranu, na autonomii a na soukromí byly vztaženy i na oblast lékařské etiky, především na pravidla výzkumu na živém člověku, na zavádění nových léčebných metod a zkoušení léčiv. Důležitou zásadou bylo odmítnutí diskriminace lidského subjektu na základě rasy, pohlaví, etnické a náboženské příslušnosti, vzdělání a sociálního postavení. Z důležitých dokumentů Světové lékařské asociace je třeba uvést Ženevský lékařský slib a Norimberský kodex z r. 1948 a Helsinskou deklaraci z roku 1964, od té doby opakovaně modifikovanou, která klade důraz na informovaný souhlas pacienta – účastníka výzkumu. Tyto dokumenty však nejsou právně závazné a mají pouze charakter doporučení, jimiž je radno se řídit. Právně závazná je Listina základních práv a svobod, která je součástí našeho ústavního pořádku od roku 1993.

Společenský vývoj v rozvinutých zemích euroamerické civilizace vedl nutně k vyššímu uvědomění nemocných a k potřebě respektování jejich autonomie. V důsledku toho se vztah lékaře a pacienta začal vyvíjet od **paternalismu k partnerství**. Vzdělaný a sám za sebe odpovědný pacient chce dnes být podrobně informován o své nemoci, o diagnóze i prognóze a o možnostech léčby, sám chce mít právo vybrat si lékaře, nemocnici i způsob léčení. Zároveň však také chce mít právo informace odmítnout. Lékaři se učí, jak partnersky komunikovat a podávat informaci. Nemocnému není vždy poslouženo tím, že dostane do ruky veškerou dokumentaci. Ta mu musí být pravdivě, ale zároveň šetrně interpretována. Právní situace v USA vedla k tomu, že lékaři začali nemocným říkat „natvrdo“ všechna fakta o jejich nemoci i o nepříznivé prognóze. Sami se tím chránili proti případným žalobám. Evropská tradice dosud považovala sdělování pravdy za umění, vyžadující empatii a zkušenost, odmítána je „pravda bez lásky“ stejně jako „láska bez pravdy“ (P. Ladislav Kubíček). Podle současných právních názorů má přitom má nárok na sdělení pravdy pouze nemocný a ten, kterého sám nemocný určí. Není správné nemocnému lhát a informovat příbuzné. Neplatí to však absolutně: jsou lidé neschopní pravdu unést,

svobodu své volby realizují volbou lékaře, jemuž věnují svou důvěru. Velmi prostí lidé nebo příslušníci jiných civilizačních okruhů vyžadují autoritativnější přístup. Zkušenosti misijní medicíny svědčí o tom, že nemocní potřebují i určité sugestivní působení a pochybují o kompetenci lékaře, který by s nimi příliš diskutoval např. o výběru léčby. Ale i v rozvinutých zemích platí, že "sama osobnost lékaře je lék" (placebo efekt).

Konec šedesátých a začátek sedmdesátých let minulého 20. století byl ve svobodném západním světě charakterizován prudkou změnou životního pocitu, duchovní i společenské situace. Zatím co my jsme si prožívali Pražské jaro, zklamání z jeho násilného konce a normalizaci, probíhala na Západě revolta mládeže, sexuální revoluce, nástup feminismu a relativizace dosavadních hodnot. I když byla západní společnost od dob osvícenství stále více sekularizovaná, vycházelo její chápání lidských práv z uznávání přirozeného práva každé lidské bytosti a z biblického pojetí důstojnosti a posvátnosti lidského života, přičemž se stále více také kladl důraz na svobodu lidského jedince.

To se však během posledních asi 40 let změnilo. Objevily se dotazy typu: co nebo kdo je člověk? Jsou lidská práva daná biologicky příslušností k lidskému druhu, nebo jsou přiznávána společností jedinci, který má určité vlastnosti a je „osobou“? A co je to osoba? Otázky řešené po staletí teoreticky filosofy a teology najednou nabyly velký praktický význam. V multikulturní společnosti zejména v USA bylo třeba hledat společnou řeč a minimální hodnoty, na nichž by bylo možné se shodnout. K tomu navíc došlo k převratnému rozvoji biologie a medicíny spojenému s potřebou řešit dosud neznámé problémy. Stručně jen pro příklad – transplantace, určení smrti a darování orgánů, intenzivní medicína udržující na přístrojích pacienty neschopné přežít přirozeně, naděje i rizika genetického výzkumu, reprodukční medicína s možností mimotělního oplodnění a výzkum na embryích. K tomu je nutné připočíst stárnutí populace a stoupající náklady na zdravotní péči, dané jak novým složením populace, tak novými drahými léčebnými metodami.

V medicíně dnes už nejde jen o vzájemný vztah lékaře a pacienta (ten samozřejmě trvá a musí být intenzivně kultivován), ale o celý široký komplex otázek týkajících se biomedicínského výzkumu, životního a sociálního prostředí lidského jedince a předpokládaného dopadu vývoje biologických věd na budoucí pokolení. Ocitli jsme se v **postmoderní době** a z lékařské etiky se stala **bioetika**. Multikulturní

společnost v jednotlivých státech stejně jako globalizovaný svět jen obtížně nachází společné hodnoty.

Jako minimální společně přijatelné etické východisko pro medicínskou praxi formulovali začátkem sedmdesátých let američtí autoři Childress a Beaucham **4 principy: benevolence, nonmalevolence, autonomie nemocného a spravedlnost.** První dva z nich, prospívej a neškod', platí již od dob Hippokratových. Nový je požadavek autonomie nemocného a požadavek informovaného souhlasu. Vztah lékaře a nemocného se mění stále více ve vztah klienta a poskytovatele služby, resp. dodavatele a spotřebitele, což degraduje lékařskou roli a odporuje požadavku odpovědnosti lékaře. Nový je i důraz na princip spravedlnosti – jde především o distributivní spravedlnost, ale zejména v evropské tradici jde o právo občana na dostupnost kvalitní lékařské péče. Jestliže se v „socialistickém“ předlistopadovém zdravotnictví u nás mluvilo o „právu na zdraví“, byl to nesmysl, člověk nemá právo na zdraví, (to mu nikdo nezajistí, a mnoho pro své zdraví musí udělat sám, vpsledku je však i zdraví Boží dar), ale má právo na péči o zdraví – a je věcí politického rozhodnutí, nakolik v té péči budou zastoupeny jednotlivé její složky – prevence, podpora zdraví, první pomoc, rehabilitace, moderní a nákladné metody atd. – a jaký bude způsob financování stále stoupajících nákladů. Politickou otázkou je stanovení priorit ve zdravotní péči. Prodlužování lidského života a přibývání starých lidí v populaci má za následek stoupaní nákladů na zdravotní péči v posledních letech života starých lidí. A nejsme daleko od pravdy, když řekneme, že většinou nepřiznaným motivem k dnešní propagaci "důstojné smrti, resp. usmrcení na přání" je snaha omezit tyto náklady.

Pro nás Evropany je v oblasti bioetiky důležité úsilí Rady Evropy (45 států, Štrasburk). Její Parlamentní shromáždění opakovaně vydávalo doporučení k ochraně práv a důstojnosti lidských bytostí ve vztahu k medicíně a biologickému výzkumu. Nakonec byl ustaven Řídící výbor pro bioetiku (CDBI), který po téměř desetileté práci v roce 1997 zveřejnil **Úmluvu na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti ve vztahu k medicíně a biologii.** Tato úmluva po přijetí členskými státy nabývá přednost před jejich národními zákony. Je to dobře, protože stanoví určité minimální mantinely i pro země, které tomu dosud nevěnovaly pozornost, přičemž je možné mít zákony přísnější. V České republice platí od 1. října 2001. Všechny naše zákony týkající se zdravotnictví se jí musí přizpůsobit. Jejími hlavními zásadami jsou

- přednost lidského subjektu nad zájmy vědy i společnosti
- zákaz jakékoli diskriminace
- právo na dostupnou a kvalitní zdravotní péči
- právo pacientů a účastníků výzkumu na plné a srozumitelné informace
- nutnost poskytnout informovaný souhlas ke každému lékařskému výkonu
- principy ochrany osob nezpůsobilých souhlas poskytnout
- právo na ochranu dat
- zákaz komerčního využití tkání lidského původu
- zákaz vytváření embryí k jiným než reprodukčním účelům
- výzkumné projekty musí být schvalovány etickou komisí

Na tuto úmluvu navazují dodatkové protokoly, z nichž první platný i v ČR, zakazuje klonování lidských bytostí. Další protokoly rozpracovávají jednotlivé body Úmluvy – např. výzkum, transplantace, lékařské využití genetiky, zřizování bank biologických materiálů lidského původu a pod. Pro ČR je nyní aktuální přijetí protokolu o biomedicinském výzkumu, protože tato oblast u nás není právně regulována, což je při dnešním prudkém vývoji biomedicinských věd a při různých komerčních tlacích neodpovědné a nebezpečné. ČR má zatím dobrý zákon o léčivech a léčebných prostředcích. .

Jaká konkrétní práva by měl mít jednotlivý pacient?

- **Kvalitní péči kvalifikovaným zdravotnickým pracovníkem – ověřenou podle současného stavu vědy a v ohledem na její dostupnost**
- **Svobodnou volbu lékaře a zdravotnického zařízení**
- **Plné informace o zdravotním stavu a navrhované léčbě**
- **Právo odmítnout léčbu**
- **Právo a povinnost s léčbou vyslovit souhlas**
- **Právo vyjádřit se k použití a skladování případného odebraného biologického materiálu**
- **Právo na ochranu své intimity a studu**
- **Právo na ochranu dat**
- **Právo zvolit si a připlatit nadstandardní péči**

Jaké povinnosti by měl mít nemocný?

- Pravdivě informovat ošetřujícího lékaře
- Dodržovat léčebný režim
- Neplýtvat léky
- Uhradit povinné platby

Jaká práva by měl mít zdravotník?

- **Spravedlivou odměnu**
- **Přiměřenou pracovní dobu**
- **Svobodnou volbu oboru a pracoviště**
- **Právo odmítnout výkon, který je v rozporu s jeho odborností nebo svědomím**
- **Právo odmítnout nemocného buď z důvodu přetížení, nebo pro osobní konflikty – ovšem nikoli z důvodů diskriminace (zaujatost, střet zájmů), a pouze pokud tím není vážně ohroženo zdraví nemocného ani jeho život.**
- **Kvalitní mediaci a obhajobu v případě patientských stížností**

V posledních několika letech se objevují znovu názory, že nestačí právní definice patientských práv. Nemocný člověk hledající lékařskou pomoc není jen klientem, zákazníkem, ale vždy je člověkem, který potřebuje celostní přístup. Má-li mu být pomozeno, je třeba brát ohled na jeho psychickou a duchovní situaci, na jeho společenské zázemí a sociální poměry. Znovu se ozývá volání po lékařských ctnostech, jako jsou úcta ke každému pacientovi a uznání jeho důstojnosti, empatie, pravdivost, odpovědnost, pokora, milosrdenství bez povýšenosti. Kultivace těchto ctností je předním úkolem křesťanských církví, které se angažují ve zdravotní péči a jejich uznání je možné se shodnout i s nekřesťany. Důležité je tady vědomí lidské křehkosti, konečnosti a smrtelnosti, ohroženost, které jsou vydáni jak nemocní, tak zdravotníci, věřící i nevěřící – vědomí lidské solidarity, protože jsme všichni na jedné lodi. To mohou spolu s nadějí kolem sebe šířit všichni věřící křesťané.

Předneseno 11. srpna 2005 na XV. Akademických týdnech na Pavlátově louce v Novém Městě nad Metují.

Literatura

Beauchamp, T.L., Childress, J.F.: Principles of Biomedical Ethics. Third Edition. Oxford University Press, New York, Oxford, 1989, s. 470

Behnken, H.(ED): Arztrolle und Arztsein. Evangelische Akademie Loccum, 1991, s.161

Comments from Member States to the Draft additional Protocol on Biomedical Research, CDBI, Strasbourg, 2002

Convention on Human Rights and Biomedicine, Council of Europe, Steering Committee on Bioethics, Oviedo, 4. April 1997

Draft additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine, on Biomedical Research, CDBI, Strasbourg, 5. December 2002

Draft Explanatory report to the Draft Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine, on Biomedical Research, CDBI, Strasbourg. Nov. 2002

Golser, Karl: Zum Verhältnis zwischen Bioethik und Religion in postmoderner Gesellschaft. In Zeitschr. F. medizinische Ethik, 3, 2004, str. 235-245

Haškovcová, Helena: Lékařská etika, 2. vydání, Galén a Karolinum, Edice Scripta, 1997, s. 193

International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. CIOMS and WHO, Geneva, 2002

Jonas, H.: Das Prinzip Verantwortung, Insel Verlag, Frankfurt am Main, 1984, licenčně Suhrkamp Taschenbuch 1085

Jonas, H.: Technik, Medizin und Ethik, Suhrkamp Taschenbuch 1541

**Reich, Warren T.: Wer verdient Fürsorge? Gesundheitsreform und die Werte, die unsere Gesundheitssysteme formen. In: Ztschr. F. medizinische Ethik, 3, 2004, s. 247 – 261
Literatura: In: Ztschr. F. medizinische Ethik, 3, 2004, s. 247 – 261**

Směrnice 2001/20/EC Evropského parlamentu a Rady ze 4. dubna 2001 o přibližování zákonů, nařízení a administrativních ustanovení členských států, týkajících se osvědčené klinické praxe při provádění klinických experimentů s lékařskými výrobky určenými lidským uživatelům. Official Journal L 121, 01/05/2001, s. 34 – 44.

Podrobnosti o Radě Evropy (i v češtině): <http://www.coe.int>

Platné české zákony viz Portál veřejné správy: <http://portal.gov.cz/portal/obcan>