

Lékařská etika a současná diskuse o péči o umírající osoby a o pomoci ve fázi umírání

Gisela Bockenheimer-Lucius

Touha po takzvané „dobré smrti“ doprovází lidstvo od nepaměti. Tuto touhu nádherně vyjádřil ve své *Knize hodin* Reiner Maria Rilke: „Ó Pane, každému dej, umře-li, / smrt, ve které je celý život, smrt / i se vši láskou, smyslem, svízeli.“ Rilke zde hovoří o touze, kterou by měl lékař při setkání s umírajícím člověkem chápat jako nejvyšší výzvu: zajistit, aby každý člověk zemřel individuálně – tak, jak je pro něj nejlepší.

V průběhu staletí se úloha lékaře v roli průvodce umírajícího změnila. Moderní lékařská věda mu však pro udržení života poskytla možnosti, které nemocnému člověku často komplikují umírání, prodlužují jeho utrpení a dávají mu pocit, že mu není dopřáno, aby zemřel tak, jak by si přál. Tento pocit či prožívání přílišné přítomnosti medicíny vyvolává strach z nedůstojné smrti. S přáním zdařilého života se u pacientů pojí touha učinit i z umírání zdařilý akt vlastní existence. Umírající si uvědomují, že jsou vydáni ostatním napospas, že jsou závislí. Prožívají bezmoc, což v nich posiluje tendenci právě v této životní fázi vyjádřit svůj postoj k otázce zdraví a nemoci. A pacient má skutečně právo na to, aby se lékař zabýval jeho osobností, jeho představami o životě a jeho žebříčkem hodnot, na jejichž základě se pacient rozhoduje.

Co to znamená v souvislosti s aktuální diskusí na téma péče o umírající a eutanazie? Z nepřeberného množství morálních otázek a etických stanovisek bych chtěla vybrat následující tři otázky:

1. Může lékař určovat „dobro“ jednotlivých pacientů?

2. Jak si může člověk udržet svébytnost i ve fázi umírání?
3. Kdy lékař usmrcuje a smí vůbec usmrcovat?

Může lékař určovat „dobro“ jednotlivých pacientů?

Lékařská povinnost chránit život je spjata s povinnou péčí a s otázkou cíle terapeutických úkonů lékařů, konkrétně tedy zachování a prodlužování života nebo ulehčení utrpení a doprovázení nemocného při umírání. Své jednání si musí lékař zodpovědět před sebou samým i před pacientem.

Každý umírající člověk má právo na rozsáhlou paliativní, pečovatelskou a lékařskou péči a lidskou podporu, i ze strany svých blízkých a duchovních. Tato *péče o umírající* patří k základním úkolům práce se smrtelně nemocnými pacienty. V této oblasti je velmi významné zřizování hospiců a ambulantních služeb i finanční a faktická podpora příbuzných. Zároveň je nezbytně nutné trvat na výrazném zkvalitnění léčby či tlumení bolesti a klást důraz na schopnost lékařů a ošetřujícího personálu hovořit s nemocnými. K tomuto účelu však potřebují dostatek času a prostoru, aby se takovýmto pacientům mohli věnovat.

V tomto duchu je paliativní medicína chápána jako „přiměřená lékařská péče o pacienty s chorobami v pokročilém a nezvratně se zhoršujícím stadiu, u nichž se péče soustřeďuje na kvalitu života ...“. I na sněmu německých lékařů bylo v roce 2003 připomenuto, že nevléčitelně nemocní mohou až do poslední chvíle mít pocit, že stojí za to žít, ovšem „pokud se jim dostane profesionální péče, ostatní se jim budou věnovat a oni nezůstanou sami“. Právě takovýto přístup vnímají pacienti jako součást důstojného umírání.

Moje počáteční otázka se však v případě, kdy vůle pacienta není v souladu s radami a nabídkou lékařů nebo pokud pacient již není schopen udělit lékařům souhlas vyhrocuje. Pacient – a obzvláště umírající člověk – má právo na to, aby byla respektována jeho vůle, a to i tehdy, jeví-li se ostatním jako nerozumná. Při zjišťování vůle člověka, který již není schopen vlastního úsudku, je nutné zohlednit předem sepsané dispozice pacienta, zapojit jeho blízké či i ošetřující personál. Rozhodnutí odmítnout vyšetření či léčbu však může vyvolat značné konflikty, protože se názor na to, co „již nemá smysl“ nebo „je zbytečné“, může individuálně velmi lišit a závisí na subjektivním úsudku podmíněném například kulturními vlivy. Etický problém spočívá v přiměřené realizaci vůle, již se v případě pacienta neschopného udělit souhlas, můžeme pouze domnívat.

Posouzení smysluplnosti či zbytečnosti lékařského úkonu totiž v konkrétním a individuálně řešeném případě není *nikdy neutrální*. Z *lékařského* hlediska jednoznačný a nekomplikovaný zásah se v případě pacientů neschopných souhlasit stává často velkým etickým problémem. V přístupu k utrpení a bolesti sehrávají významnou roli faktory, jako je prospěch a újma určitého úkonu nebo prognózy a cíle konání, jelikož podléhají normativním hodnotovým rozhodnutím (jaký význam má s ohledem na umírajícího člověka například lidská důstojnost a autonomie?) i osobnímu systému hodnot lékaře a ošetřujícího personálu. Do procesu rozhodování vstupuje více než jen „čistě lékařský“ odhad, a proto je takřka nevyhnutelné, že se na odpovědi na otázku, jak nejlépe z morálního hlediska přistupovat k zachování života a jeho hranic, neshodnou ani lékaři.

K tomu se přidává i to, že v dispozicích pacientů bývá zpravidla zaznamenán požadavek omezení lékařských úkonů právě a výslovně pro

případ infaustní prognózy. Složitost prognózy však spočívá v tom, že při stanovení dalšího postupu je třeba zvážit celou řadu proměnných. Prognóza proto bývá doprovázena značnou nejistotou a v mnoha ohledech se jedná pouze o pravděpodobnostní výrok.

U terminálně nemocných pacientů navíc nestačí řešit pouze zbývající délku života, ale rovněž, možná dokonce především, kvalitu jeho končícího života. Je nutno řešit, zda bude možno pacientovi zajistit takovou kvalitu životních podmínek, která by odpovídala jeho stavu. Ztratí pacient, který je patrně pouze dočasně v bezvědomí, svou dosavadní samostatnost, nebo přijde částečně či úplně o schopnost komunikovat? Bude odkázán na intenzivní péči? Třetí osoby by se měly bezesporu při svých rozhodnutích řídit kritériem pacientova prospěchu. A právě na konci pacientova života musí ostatní zohlednit a respektovat pacientovo předpokládané přání.

V jakém případě by se tedy lékaři měli vzdát snahy o maximální dostupnou léčbu a jí předcházející *diagnostické zásahy*? Jaký význam má při pokusu o léčbu pokročilý věk pacienta? Jaké důsledky pokusu o léčbu by byl pacient ochoten nést? Co by považoval za „pozitivní výsledek“?

Může tedy lékař v jednotlivých případech určit pacientovo „dobro“?

Mnoho lékařů a etiků lékařské vědy upřednostňuje lékařskou povinnost pečovat před autonomií pacienta. Lékaře tak staví do role osoby, která na základě svého poslání a etického přesvědčení ví, co je pro nemocného člověka „dobré“. Lékař však při zvažování užitku a rizik disponuje pouze omezenými znalostmi a může tedy vyprávět toliko o pravděpodobnosti prognózy a provést relativní odhad užitku a rizik. Lékařský zásah je navíc omezen již zmiňovanými individuálními, náboženskými a kulturními faktory.

O přáních a hodnotách pacienta nemůže rozhodovat lékař. Blaho, o něž je usilováno prostřednictvím lékařské péče, není lékařsky objektivní pojem, nýbrž individuální pojem orientovaný na pacienta.

Jednání lékaře na konci pacientova života nepředstavuje jasné a jednoznačné rozhodnutí, nýbrž zvažování, co musí, má, smí, může nebo chce udělat. Složitost této problematiky a nevyhnutelná orientace rozhodnutí na určité hodnoty se stává očividnou.

V procesu rozhodování lékaře či lékařského týmu zaujímá bezpochyby významné místo A pacient má právo na kompetentní a zodpovědné jednání lékaře. Rozhodování o nejvhodnější péči však směřuje k *dobru* pacienta pouze tehdy, vzejde-li postup léčby a přijetí zodpovědnosti lékařem ze společného základu tvořeného možnostmi lékařů, povědomím a přáními pacienta. Protože zcela objektivní základ rozhodnutí neexistuje.

Mají-li odborníci zajistit vše potřebné, je třeba, aby lékaři a pečující osoby jednali a rozhodovali společně. Jejich kontakt proto musí být založen na vzájemné důvěře a úctě. Jedině *společné* jednání zajistí pacientovi prospěch. Musíme se ptát, co dlužíme umírajícímu, co je schopen ještě unést? Konkrétní vymezení „dobra“ přísluší pouze pacientovi, obsah tohoto významu si určuje sám. To by měli akceptovat všichni, kteří jej při umírání doprovázejí.

Jak si může člověk udržet svébytnost i ve fázi umírání?

Lékařské poslání léčit je spojeno s péčí o pacienta, jeho prioritou je pomáhat, nikoli ubližovat. Zároveň je nutno respektovat svébytnost

pacienta. Patří k ní důstojnost, svoboda, sebeurčení a rozhodování o vlastním těle. Toto právo na sebeurčení chrání člověka před nepřipustným rozhodováním ze strany druhých.

Řada lidí proto předem ve své dispozici určí, za jakých okolností nebude souhlasit s určitým druhem léčby. Tyto předem sepsané dispozice však mnozí chápou jako výraz nedůvěry nebo stále vyšších nároků kladených na lékařskou péči a lékaře. Podle mého názoru bychom tyto požadavky naopak měli chápat jako výraz soběstačnosti a autonomie člověka.

Potřebě a právu člověka na spokojený a úspěšný život odpovídá takové chápání autonomie, které lékařskou péči nepovažuje za soupeře. Budeme-li vnímat autonomii jako respektování přání pacienta, pak je péče, která musí být poskytnuta každému pacientovi, sice podřízena vůli pacienta, ale její význam tím není omezen. Právě při důrazném prosazování autonomie je *slabému* člověku poskytnuta záruka, že jeho právo na sebeurčení nebude ignorováno, a to ani tehdy, pokud jej již nebude schopen osobně hájit. Pouze důsledné respektování jeho osobní autonomie jej na základě jeho předem vyjádřené vůle může ochránit před dobře míněným, leč nepřiměřeným paternalismem lékařů.

I proto zvažování lékařské i státní *povinnosti chránit život* výrazně závisí na tom, jak autonomii chápou třetí osoby, které *zástupně* rozhodují. Lékařská péče o nemocného navzdory nesouhlasu pacienta je v zásadním rozporu s právem nemocného na sebeurčení. Nejde tedy o otázku neprovádění určitých úkonů, ale o svolení a souhlas s provedením určitých úkonů nebo s jejich dalším prováděním. Nikdo se nemusí nechat ošetřovat z donucení, a to musí platit i v případě, že již není schopen udělit svůj souhlas.

Neshody panují v otázce hodnoty, která je přisuzována tzv. „domnělé vůli“. Tento fakt v žádném případě nesmíme opomíjet. I dobře informovaný a důvěryhodný zástupce může v konkrétním případě zastupovat vůli pacienta pouze na základě více či méně správných domněnek o přání pacienta. Pokud se pacient v předem **sepsané dispozici** nevyjádřil dostatečně jasně pro nebo proti určité léčbě, o níž je třeba rozhodnout, začíná složité přemítání nad jeho hodnotami a přáními souvisejícími s jeho smrtí. Mějme na paměti, že léčebné úkony nemusejí být „smysluplné“ a „absolutně indikované“ pouze proto, že je *lékař nabízí*. Lékař může pouze vágně odhadnout, jak velkou zátěž pro pacienta bude navrhovaná léčba představovat. Hrozí zde nebezpečí, že si lékaři a ošetřující osoby spletou svůj etický postoj s vůlí pacienta.

Je rovněž sporné, jakou pozici by měla zaujímat *objektivní* kritéria. Na jedné straně si chce být disponující pacient jist tím, že budou upřednostněny a zajištěny právě jeho *subjektivní* hodnoty, které se eventuálně mohou *lišit* od objektivních hodnot utvářených společnostmi. V takovém případě pak objektivní kritéria nemají vazbu na pacientovo sebeurčení. Jsou-li však dispozice pacienta příliš vágní, musejí být nezřídka objektivní kritéria použita, aby byl pacient chráněn před zanedbáním péče stejnou měrou jako před nepřipustnou heteronomií .

Co v konkrétním případě znamená pojem „v nejlepším zájmu pacienta“? Kdo o něm může rozhodovat? K možná bolestivým, ale nevyhnutelným důsledkům patří, že blaho pacienta neurčují představy třetích osob (ať už jsou takzvaně „rozumné“ nebo „orientované na vztahy a péči“), nýbrž výhradně vůle nemocného. Pokud všechny zúčastněné spojuje shodný názor na pacienta a jeho vůli, není to problém. Dojde-li však k závažným konfliktům, například v rodině, vyvolá pacientovo rozhodnutí lišící se od

názoru druhých spor a v někom možná i morální rozhořčení. Vzhledem ke složitosti těchto otázek budeme stále častěji nuceni přemítat nad vlastními hodnotami a deklarovat je pro případ budoucích rozhodnutí. A budeme-li chtít vyhovět přání umírajícího pacienta a respektovat jeho autonomii až do posledního okamžiku, nevyhneme se ani diskusi o názorech na kvalitu života.

Kdy lékař usmrcuje a smí lékař vůbec usmrcovat?

Diskuse na téma péče o umírající a o eutanazii je i nadále velmi kontroverzní, nezdánlivě i silně emocionální, především při projednávání konkrétních úkonů a jejich nezbytnosti, například přístrojového dýchání, umělé výživy, podávání antibiotik či umělé výživy sondou. Mají se lékaři těchto postupů vzdát – a to i v případě, kdy proces umírání ještě bezprostředně nenastal? Těmito otázkami se musí zabývat klinická i ambulantní paliativní léčba při aplikaci sedativ nebo při respektování vůle pacienta deklarované v dispozici.

Domnívám se, že by lékaři a ošetřovatelé mohli získat velkou důvěru pacientů, kdyby jim uměli vysvětlit, že se nesnaží udržovat lidský život za každou cenu. Neprovádění úkonů, které proces utrpení a umírání pouze prodlužují, není zabitím. V tomto ohledu by se lékaři a ošetřovatelé měli ještě kriticky podívat na své vlastní chování. Jeden německý kolega kdysi řekl: „Pokud očividně nastal nezvratný proces umírání, neexistuje lékařská indikace pro úkony udržující život. Tímto pravidlem se však všichni lékaři neřídí. Jinak by dispozice pacientů vztahující se výhradně na okamžik umírání, byly naprosto zbytečné.“ Ale i když ještě nenastal nezvratný proces umírání, je nutné s ohledem na individuálního pacienta a jeho vůli zvážit, k jakým léčebným úkonům se ještě smí přistoupit. Pacient má právo

na to, aby mu nebylo bráněno v umírání! Domnívám se, že pokud by se lidé mohli spolehnout, že jim v naplňování tohoto práva nikdo nebude bránit, zamezili bychom tím mnoha kontroverzním diskusím o aktivní eutanazii.

Ani další otázky nejsou o nic méně složité: je přání vážně, navíc terminálně nemocných pacientů zemřít opravdu vždy výrazem nedostatečné paliativní léčby a péče? Jak má být zajištěno právo terminálně nemocného pacienta, aby utvářel konec svého života podle svých představ? Pro mnohé má umírání a vlastní smrt velký symbolický význam. To může platit i pro okamžik smrti. Je asistence při umírání v přímém rozporu se základním posláním lékaře? V lékařské etice je tato otázka nadále předmětem intenzivních diskusí. Mnoho lékařů přiznává, že existují beznadějně případy bolesti a utrpení, kdy může rozhodnout jenom svědomí lékaře. S tím však bývá vždy spojováno, že úkolem lékaře nesmí být aktivní eutanazie. Musíme si přiznat, že je zde třeba diskutovat o etickém napětí, které vzniká tím, že víme, že v individuálním případě vystavujeme člověka na konci jeho života nesnesitelným okamžikům.

Jakým způsobem mohou lékaři a ošetřovatelé umírajícímu posloužit?

Tím se opět vracím k morální výzvě, o níž jsem mluvila na začátku: Jak splnit Rilkovu prosbu, s níž se obrací ke svému bohu, aby mu dopřál individuální smrt? Čím k ní mohou přispět lékaři a ošetřovatelé, jakým způsobem mohou nemocnému posloužit?

Domnívám se, že mu pomohou především tím, že budou respektovat realitu a připustí proces umírání. Nikdy nebudeme prožívat vlastní smrti i smrt našich blízkých bez emocí, bolesti a smutku. Právě to Oráčovi ukazuje

Smrt: kdo chce prožít smysluplný život, lásku a štěstí, musí být schopen přijmout i žal. Bez žalu štěstí není. Navždy zůstaneme Oráčem-stěžovatelem, který vnímá smrt jako krutou, předčasnou a nespravedlivou. Ovšem zkušenosti osob pečujících o umírající i zkušenosti nemocničních duchovních nám říkají, že v případě důstojného umírání je útěcha možná. Je to proces, na jehož konci nastane smíření a právě ona útěcha. Cestu, která ke smíření vede, však nesmí zablokovat lékařská věda svými radikálními zásahy. Takovéto vědomí se musí stát součástí významnou součástí povinností lékařů a ošetřovatelů vůči umírajícím.