

**UNIVERZITA KARLOVA**

**Právnická fakulta**

**JUDr. Barbora Vráblová, MA**

**Občanskoprávní aspekty poskytování paliativní péče**

Disertační práce

Školitel: doc. JUDr. Josef Salač, PhD.

Studijní program: Teoretické právní vědy – Občanské právo

Datum vypracování práce (uzavření rukopisu): březen 2020

Prohlašuji, že jsem předkládanou disertační práci vypracovala samostatně, že všechny použité zdroje byly řádně uvedeny a že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Dále prohlašuji, že vlastní text práce včetně poznámek pod čarou má 517 464 znaků včetně mezer.

V Praze dne 15. 3. 2020

.....  
JUDr. Barbora Vráblová, MA

*Ráda bych na tomto místě poděkovala svým nejbližším za podporu a povzbuzení. Veliké díky patří vyučujícím a kolegům z The Dickson Poon School of Law, King's College London, UK, Yale Interdisciplinary Center for Bioethics, USA a Interdisciplinary Center Herzliya College, Izrael. Poděkování patří rovněž milým kolegům, MUDr. Zavadové, MUDr. Polišenské, MUDr. Mazancové, MUDr. Matějkovi, MUDr. Kopeckému a MUDr. Houskovi za poskytnutí kazuistik a podnětné diskuze k otázkám souvisejícím s poskytováním péče v závěru života.*

## Obsah

<b>1</b>	<b>Úvod</b> .....	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Marná léčba</b> .....	<b>11</b>
2.1	<i>Úvod ke konceptu marné léčby</i>	11
2.2	<i>Definice marné léčby v odborné literatuře</i>	13
2.3	<i>Definice marné léčby v odborných doporučeních</i>	21
2.3.1	<i>Velká Británie</i>	22
2.3.2	<i>Spojené státy americké</i>	27
2.4	<i>Marná léčba v judikatuře soudů</i>	29
2.4.1	<i>Velká Británie</i>	29
2.4.2	<i>Spojené státy americké</i>	42
2.4.3	<i>Rada Evropy</i>	46
2.5	<i>Marná léčba v českých odborných doporučeních</i>	50
2.6	<i>Český právní rámec nezahájení nebo ukončení marné léčby</i>	54
2.7	<i>Shrnutí</i>	65
<b>3</b>	<b>Nezahájení a ukončení život udržující léčby</b> .....	<b>67</b>
3.1	<i>Úvod</i>	67
3.2	<i>Nezahájení a ukončení život udržující léčby v judikatuře soudů</i>	71
3.2.1	<i>Velká Británie</i>	71
3.2.2	<i>Spojené státy americké</i>	74
3.2.3	<i>Kanada</i>	76
3.2.4	<i>Izrael</i>	76
3.3	<i>Shrnutí argumentace</i>	81
3.3.1	<i>Konání vs. opomenutí</i>	83
3.3.2	<i>Úmysl</i>	87
3.3.3	<i>Postup na náležité odborné úrovni</i>	89
3.3.4	<i>Autonomie pacienta</i>	93
3.4	<i>Ukončení život udržující léčby jako zásah do integrity člověka</i>	96
3.5	<i>Shrnutí</i>	100
<b>4</b>	<b>Rozhodovací proces</b> .....	<b>102</b>
4.1	<i>Úvod</i>	102
4.2	<i>Posouzení způsobilosti právně jednat</i>	103
4.3	<i>Odmítnutí život udržující léčby nebo odvolání souhlasu s život udržující léčbou</i>	111
4.4	<i>Zástupné rozhodování</i>	115
4.4.1	<i>Zástupné rozhodování v zahraniční právní úpravě</i>	118
4.4.2	<i>Zástupné rozhodování v české právní úpravě</i>	123
4.5	<i>Ingerence soudu</i>	133
4.5.1	<i>Stávající právní úprava</i>	133

4.5.2	<i>Úvahy de lege ferenda</i>	138
4.6	<b>Shrnutí</b>	<b>151</b>
<b>5</b>	<b>Dříve vyslovená přání .....</b>	<b>153</b>
5.1	<b>Úvod</b>	<b>153</b>
5.2	<b>Stávající právní úprava a její problematické aspekty</b>	<b>154</b>
5.2.1	<i>Dříve vyslovené přání jako souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb</i>	155
5.2.2	<i>Povinnost poskytovatele zdravotních služeb respektovat dříve vyslovené přání</i>	156
5.2.3	<i>Požadavek, aby měl poskytovatel dříve vyslovené přání k dispozici</i>	158
5.2.4	<i>Vymezení předvídatelné situace</i>	161
5.2.5	<i>Poučení pacienta o důsledcích vyjádření dříve vysloveného přání</i>	161
5.2.6	<i>Formy dříve vysloveného přání</i>	165
5.2.7	<i>Zákaz respektovat dříve vyslovené přání</i>	167
5.2.8	<i>Způsobilost pacienta vyjádřit dříve vyslovené přání</i>	169
5.3	<b>Dříve vyslovená přání a ochrana osobnosti</b>	<b>170</b>
5.4	<b>Úvahy de lege ferenda</b>	<b>171</b>
5.4.1	<i>Návrh č. 1</i>	172
5.4.2	<i>Návrh č. 2</i>	174
5.5	<b>Shrnutí</b>	<b>178</b>
<b>6</b>	<b>Zvláštní kategorie .....</b>	<b>179</b>
6.1	<b>Kardiopulmonální resuscitace</b>	<b>179</b>
6.1.1	<i>Historický úvod</i>	179
6.1.2	<i>Úspěšnost kardiopulmonální resuscitace</i>	180
6.1.3	<i>Rozhodování o kardiopulmonální resuscitaci v české klinické praxi</i>	182
6.1.4	<i>Zahraniční judikatura a odborná doporučení</i>	185
6.1.5	<i>Doporučení pro českou klinickou praxi</i>	188
6.2	<b>Deaktivace implantabilního kardioverteru-defibrilátoru</b>	<b>192</b>
6.2.1	<i>Indikace k implantaci kardioverteru-defibrilátoru</i>	192
6.2.2	<i>Přiměřenost léčby kardioverterem-defibrilátorem</i>	192
6.2.3	<i>Deaktivace kardioverteru-defibrilátoru</i>	194
6.3	<b>Paliativní sedace</b>	<b>195</b>
6.3.1	<i>Definice paliativní sedace</i>	195
6.3.2	<i>Paliativní sedace jako postup na náležité odborné úrovni</i>	197
6.3.3	<i>Kontroverze spojené s prováděním paliativní sedace</i>	198
<b>7</b>	<b>Kazuistiky .....</b>	<b>202</b>
7.1	<b>Ukončení farmakologické podpory oběhu</b>	<b>202</b>
7.2	<b>Hospitalizace pacienta</b>	<b>203</b>
7.3	<b>Dříve vyslovené přání</b>	<b>205</b>
7.4	<b>Ukončení umělé hydratace a výživy</b>	<b>207</b>
7.5	<b>Amputace končetiny</b>	<b>210</b>
7.6	<b>Ukončení kontinuální přístrojové podpory vitálních funkcí</b>	<b>212</b>

<b>8 Závěr.....</b>	<b>214</b>
<b>Seznam použitých zdrojů.....</b>	<b>217</b>
<b>Abstrakt.....</b>	<b>230</b>
<b>Klíčová slova .....</b>	<b>231</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>231</b>
<b>Keywords.....</b>	<b>232</b>

## 1 Úvod

Moderní medicína je medicínou vítěznou. Dříve akutně probíhající nevléčitelná onemocnění jsou dnes díky moderní medicíně chronicky léčitelná. Onkologická onemocnění v metastatickém stádiu ještě před padesáti lety neléčitelná lze díky moderní protinádorové léčbě ovlivnit tak, že pacienti s onemocněním žijí i několik let.<sup>1</sup> Bez nadsázky lze říci, že „moderní medicína otevírá dveře k dříve nevídaným možnostem“.<sup>2</sup>

Rozvoj moderní medicíny je nicméně spojen také se změnou očekávání ze strany pacientů a jejich blízkých. Nové technologie budí dojem, že medicína dokáže vše. Neúspěšná léčba je často ztotožňována s pochybením lékaře. Změnilo se rovněž vnímání smrti a umírání. Smrt již nedále není přirozenou součástí lidského života, ale je považována za selhání lékaře nebo medicíny jako takové.<sup>3/4</sup> Stále více lidí tráví závěr svého života v prostředí intenzivní medicíny nabízející paletu nových technologií, které dokáží přechodně nebo trvale nahradit funkci některých orgánů a zajistit tak biologické přežití pacienta i po velmi dlouhou dobu. Průběh závěru života je do značné míry ovlivněn rozhodnutím lékaře o využití dostupných léčebných modalit.<sup>5</sup>

Medicínská komunita si palčivost těchto důsledků uvědomuje. Se stále větší naléhavostí proto hledá odpovědi na otázky, zda skutečně má medicína nabízet vše, co technologicky dokáže, nebo zda jsou tu také jiná hlediska, která jsou pro rozhodování o podobě péče poskytované pacientovi v závěru života relevantní. Na mnohých fórech po celém světě se diskutuje o otázce, zda lze nezahájit nebo ukončit již zahájenou přístrojovou podporu (včetně umělé plicní ventilace, hemodialýzy, implantabilního kardioverteru), zda existuje eticky a právně relevantní rozdíl mezi nezahájením a ukončením přístrojové orgánové podpory nebo rozdíl mezi tzv. intermitentní a kontinuální léčbou a jak ukončení přístrojové orgánové podpory odlišit od

---

<sup>1</sup> Sláma, O. *Klinické, etické a právní aspekty rozhodování o kardiopulmonální resuscitaci u terminálně onkologicky nemocných pacientů*. Disertační práce. Brno: Lékařská fakulta Masarykovy univerzity v Praze, 2009, str. 8 (dále citováno jako „Klinické, etické a právní aspekty rozhodování o kardiopulmonální resuscitaci u terminálně onkologicky nemocných pacientů“).

<sup>2</sup> Vráblová, B. Kabelka, L. Nezahájení a odstoupení od život udržující/prodlužující léčby – kauzalita, paliativní péče a eutanázie. *Postgraduální medicína*. 2015, 17(2), str. 207 – 210.

<sup>3</sup> Podrobněji např. Haškovcová, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2003. Haškovcová, H. *Thanatologie*. Praha: Galén, 2003. Vorlíček, J. Adam, Z. *Paliativní medicína*, 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005.

<sup>4</sup> Kuře, J. *Co je eutanázie. Studie k pojmu dobré smrti*. Praha: Academia, 2018, str. 235 (dále citováno jako „Co je eutanázie. Studie k pojmu dobré smrti“).

<sup>5</sup> Klinické, etické a právní aspekty rozhodování o kardiopulmonální resuscitaci u terminálně onkologicky nemocných pacientů, str. 10.

eutanázie, zda lze ukončit poskytování umělé hydratace a výživy, jak pečovat o pacienty v permanentním vegetativním stavu nebo ve stavu minimálního vědomí, kdo se má podílet na rozhodování o těchto otázkách, jak najít rovnováhu mezi autonomií pacienta a autonomií lékaře a jak postupovat v případě názorového konfliktu mezi lékařem a osobou zastupující pacienta.

Všechna tato témata se stále častěji objevují také v médiích. Patrně jen málokomu unikl mediálně tolik sledovaný anglický případ Charlieho Garda, jehož rodiče bojovali za pokračování jeho léčby, nebo americký případ sedmnáctileté pacientky Cassandry C., která odmítala pokračovat v protinádorové léčbě navzdory přesvědčení ošetřujících lékařů o vysoké pravděpodobnosti úspěšnosti léčby. *“A court is an unfit place for a case like Alfie Evans and its moral complexity.”*<sup>6</sup> *“Landmark case in UK court allows withdrawal of treatment for patient in accordance with family wishes.”*<sup>7</sup> *“It was our agonising job as Charlie Gard's care team to say: enough.”*<sup>8</sup> *“Hospital violated patient's rights with 'do not resuscitate' order, court rules.”*<sup>9</sup> *“French court orders severely disabled man be disconnected from food and water.”*<sup>10</sup> Tyto titulky jsou jen malou připomínkou případů z posledních dvou let, kdy uvedené otázky překročily hranice medicínské komunity a byly diskutovány na fórech etických a právních.

Česká medicínská, etická a právní komunita nezůstává pozadu. I v českém prostředí je otázkám souvisejícím s poskytováním péče v závěru života věnována stále větší pozornost. Za zmínku jistě stojí probíhající diskuze k připravovaným legislativním změnám zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění (dále jen „zákon o zdravotních službách“), mimo jiné § 36 tohoto zákona upravujícího dříve vyslovená přání. V době před odevzdáním práce je dokončován návrh změny odborného doporučení týkajícího se rozhodování o změně léčby intenzivní na péči paliativní. Mnohé instituce vydávají odborná stanoviska k připravovanému

---

<sup>6</sup>A court is an unfit place for a case like Alfie Evans and its moral complexity. Kenan Malik. *The Guardian*. Dostupné online na adrese: <https://www.theguardian.com/commentisfree/2018/apr/29/court-unfit-place-for-case-like-alfie-evans-moral-complexity>.

<sup>7</sup>Landmark case in UK court allows withdrawal of treatment for patient in accordance with family wishes. *Compassion in dying. Supporting your choices*. Dostupné online na adrese: <https://compassionindying.org.uk/court-of-protection-withdrawal-treatment-patient-family/>.

<sup>8</sup>It was our agonising job as Charlie Gard's care team to say: enough. *The Guardian*. Dostupné online na adrese: <https://www.theguardian.com/uk-news/commentisfree/2017/aug/04/it-was-our-agonising-job-as-charlie-gard-care-team-to-say-enough>.

<sup>9</sup>Hospital violated patient's rights with 'do not resuscitate' order, court rules. *The Guardian*. Dostupné online na adrese: <https://www.theguardian.com/society/2014/jun/17/hospital-patient-rights-do-not-resuscitate-addenbrookes>.

<sup>10</sup>French court orders severely disabled man be disconnected from food and water. *Catholic Herald*. Dostupné online na adrese: <https://catholicherald.co.uk/news/2019/06/29/french-court-orders-severely-disabled-man-be-disconnected-from-food-water/>



zákonu, který by měl v České republice legalizovat eutanázii, a jehož předložení do Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR se očekává na jaře roku 2020. O otázce rozdílu mezi nezahájením a ukončením již zahájené život udržující léčby a eutanázií se diskutuje na půdě Etické komise Ministerstva zdravotnictví ČR. V rámci České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP se etabloje samostatná sekce pro etické a právní otázky v paliativní medicíně, která se aktivně hlásí ke své roli odborného garanta v diskuzi o uvedených otázkách.

Disertační práce nese název „Občanskoprávní aspekty poskytování paliativní péče“. Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje paliativní péči jako přístup, jehož cílem je zlepšení kvality života pacienta trpícího život ohrožujícím onemocněním.<sup>11</sup> Sláma uvádí, že paliativní péče je aktivní péči poskytovanou pacientovi, který trpí nevléčitelným onemocněním v pokročilém nebo konečném stádiu.<sup>12</sup> Ust. § 5 odst. 2 zákona o zdravotních službách definuje paliativní péče jako péči, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí.

Paliativní péče usiluje o mírnění utrpení skrze správné zhodnocení a efektivní léčbu bolesti a jiných obtíží souvisejících s nevléčitelným onemocněním, a to jak v oblasti fyzické, tak v oblasti psychologické, sociální a spirituální. Paliativní péče považuje smrt za přirozenou součást lidského života.<sup>13</sup> Příchod smrti neurychluje, ani jej uměle neoddaluje. Paliativní medicína odmítá provádění eutanázie, ale zároveň odmítá poskytování léčby, která vede pouze k prodlužování umírání.<sup>14</sup>

Přestože je zdůrazňováno, že paliativní péče může, resp. má být poskytována již v časných stádiích onemocnění, současně s kurativními postupy směřujícími k ovlivnění pacientova základního onemocnění, je zřejmé, že s ohledem na odlišné cíle kurativního přístupu a přístupu paliativního, je to právě pomezí mezi těmito přístupy, resp. pomezí mezi intenzivní medicínou a paliativní péčí, které vyvolávají mnohé ze shora naznačených otázek a kde vznikají třecí plochy, které s sebou přinášejí mnohdy eticky a právně nepřehledné situace a konflikty mezi ošetřujícími lékaři a pacienty, resp. častěji osobami rozhodujícími za pacienta.

---

<sup>11</sup> Světová zdravotnická organizace (WHO). Definice paliativní péče. Dostupné online na adrese: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

<sup>12</sup> Klinické, etické a právní aspekty rozhodování o kardiopulmonální resuscitaci u terminálně onkologicky nemocných pacientů, str. 22.

<sup>13</sup> Světová zdravotnická organizace (WHO). Definice paliativní péče.

<sup>14</sup> Klinické, etické a právní aspekty rozhodování o kardiopulmonální resuscitaci u terminálně onkologicky nemocných pacientů, str. 23.

Přestože tedy práce nese název „Občanskoprávní aspekty poskytování paliativní péče“, v práci řešené otázky jsou otázky vycházející z prostředí, kde se střetává intenzivní medicína a paliativní péče, z prostředí, kde se rozhoduje, do jaké míry má být pacient léčen intenzivně, do jaké míry má smysl kurativní přístup a v jakém okamžiku má být tento přístup částečně nebo zcela nahrazen přístupem paliativním.

Ačkoliv již i v české odborné literatuře existují práce zabývající se těmito otázkami, jedná se převážně o pojednání dílčí, velmi často zařazená pouze jako jednotlivé kapitoly prací s širším tematickým zaměřením. Tato práce má ambici vytvořit (alespoň v rámci možností daných rozsahem práce) komplexní právní pojednání.

Práce do značné míry sleduje tematickou strukturu oblasti medicínského práva v zahraničí označovanou jako „*Law at the end of life*“. První část práce se zabývá relevantními pojmy a koncepty v rovině obecné. Tato část práce zahrnuje kapitolu týkající se konceptu marné léčby, zabývá se rozlišením mezi nezačínáním a ukončením život udržující léčby a eutanázií, samostatná kapitola je věnována problematice rozhodování o péči v závěru života, způsobům řešení konfliktů vznikajících mezi osobami, které se na procesu rozhodování podílejí a problematice dříve vyslovených přání. V druhé části práce je pozornost zaměřena na specifické situace, v nichž jsou uvedené pojmy a koncepty řešeny. Tato část práce obsahuje kapitolu o rozhodnutích týkajícím se kardiopulmonální resuscitace, deaktivace implantabilních kardioverterů-defibrilátorů a paliativní sedace. Závěrečná kapitola práce je věnována právní analýze konkrétních případů z praxe.

Práce kombinuje metodu analyticko-deskriptivní a metodu komparativní. V práci představuji především britskou a americkou právní úpravu. V relevantních kapitolách představuji rovněž rozhodovací praxi Evropského soudu pro lidská práva, judikaturu kanadskou nebo německou. Zvláštní místo je vyhrazeno právní úpravě izraelské, kterou jsem měla možnost studovat v průběhu výzkumného pobytu na Interdisciplinary Center Herzliya College v Izraeli.

Úvahy *de lege lata* jsou doplněny o úvahy *de lege ferenda*. Ke zpracování některých témat je s ohledem na zmiňovanou absenci české literatury hojně využívána literatura zahraniční, zejména literatura britská a americká. Citována jsou rovněž díla izraelských autorů psaná v angličtině. Snahou práce je překročit pouhou teoretickou analýzu a nabídnout vhled do reálných situací, které klinická praxe v souvislosti s poskytováním péče v závěru života řeší.

## 2 Marná léčba

### 2.1 Úvod ke konceptu marné léčby

Koncept marné (futilní) léčby představuje jedno z nejkontroverznějších témat z oblasti etiky a práva závěru života. V medicínských, etických i právních kruzích se objevuje přibližně od počátku 80. let minulého století. Svůj původ má v prostředí americké intenzivní a resuscitační medicíny, kde se začaly stále častěji objevovat spory mezi ošetřujícími lékaři a rodinami pacientů v terminálním stavu, které vyžadovaly poskytnutí kardiopulmonální resuscitace navzdory přesvědčení lékařů o její medicínské marnosti.<sup>15</sup>

V tomto období se objevily případy tzv. „*show code*“ nebo „*Hollywood code*“, tedy kardiopulmonální resuscitace prováděné pouze „na oko“ s cílem předcházet případným sporům s rodinou pacienta.<sup>16</sup>

V roce 1974 vydala American Medical Association jako vůbec první profesní lékařská organizace doporučení týkající se provádění kardiopulmonální resuscitace u pacientů s nevléčitelným onemocněním v terminálním stádiu. V doporučení uvedla: „*Kardiopulmonální resuscitace není indikována v případě nevratného terminálního onemocnění, kdy oběhová zástava ani smrt nejsou neočekávané.*“<sup>17</sup>

Změna přístupu k provádění kardiopulmonální resuscitace se odehrála v širším kontextu proměny postavení pacienta v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, v návaznosti na postupně se prosazující přesvědčení, že přání a hodnoty pacienta mají prioritu před postoji a hodnotami zdravotnických pracovníků. Tato proměna byla do značné míry ovlivněna postupně přijímanou legislativou, včetně amerického Patient Self Determination Act of 1990, článek 16 italského Medical Code of Ethics nebo britského Mental Capacity Act 2005.<sup>18</sup> Právní normy napříč státy postupně zakotvily právo pacienta rozhodovat o podobě poskytované

---

<sup>15</sup> Symmers, W. J. Not allowed to die. *BMJ*. 1968, 1(5589), str. 442 – 443.

<sup>16</sup> Burns, J. P. Edwards, E. et al. Do not resuscitate order after 25 years. *Crit Care Med*. 2003, 31(5), str. 1534 - 1550 (dále citováno jako „Do not resuscitate order after 25 years“).

<sup>17</sup> National Conference on CPR and Emergency Cardiac Care. Standards and guidelines for CPR and emergency cardiac care: medico-legal considerations and recommendations. *JAMA*. 1974, 255(1), str. 864 – 868.

<sup>18</sup> Srov. Bosslet, G. T. Baker, M. Pope, T. M. Reason-giving and medical futility: Contrasting legal and social discourse in the United States with the United Kingdom and Ontario, Canada. *Chest*. 2016, 150(3), 714 – 721. Griffiths, J. Weyers, H. Adams, M. *Euthanasia and law in Europe*. Portland: Hart Publishing, 2008.

zdravotní péče. Legislativní změny s sebou přinesly také mnohé významné soudní spory, včetně případů Nancy Cruzan, Helgy Wanglie, Terriho Schiavy, Isaaca Messiha, Davida Jamese nebo Hassana Rasouliho, které determinovaly stávající právní normy týkající se práva pacienta na odmítnutí nebo ukončení započaté život udržující léčby.<sup>19</sup>

S narůstajícím důrazem na práva pacienta, včetně práva odmítnout život udržující léčbu tak, jak bylo poprvé deklarováno v případě *Re Quinlan* a Natural Death Act v roce 1976, se postupně prosadila myšlenka, že pacient má nejen právo život udržující léčbu odmítnout, ale náleží mu rovněž právo život udržující léčbu vyžadovat. Tomuto právu pak nutně měla odpovídat povinnost lékaře takovou léčbu poskytnout.

V tomto okamžiku se koncept marné léčby stal zcela zásadním. Snaha nalézt definici marné léčby byla vedena snahou jasně vymezit hranici mezi rozhodovací autoritou lékaře a autonomií pacienta.<sup>20</sup> V 90. letech minulého století označovaných v zahraniční literatuře jako „*futility decade*“<sup>21</sup> se tak pozornost přesunula od autonomie pacienta k autonomii lékaře. Otázka, která v medicínské komunitě zaznívala, už nebyla, zda „*má pacient právo odmítnout léčbu*“, nýbrž zda „*má lékař právo odmítnout poskytnutí léčby, kterou považuje za medicínsky marnou*“?

S ohledem na důležitost konceptu marné léčby je mu věnována následující kapitola. V úvodu kapitoly je nejprve analyzována existující odborná literatura. Jsou představeny definice marné léčby, které se v odborné literatuře objevují. Ačkoliv tato část může působit jako poněkud rozvleklý výčet definic, považuji ji přesto za významnou, neboť nabízí z mého pohledu nepostradatelný úvod do problematiky, bez něhož by pro čtenáře nebyl seznatelný kontext diskuze o medicínské marnosti.

Na analýzu odborné literatury pak navazuje analýza zahraničních odborných doporučení a zahraniční rozhodovací praxe. Cílem této analýzy je představit zahraniční přístupy ke konceptu marné léčby, které mohou být zdrojem inspirace pro české právní prostředí.

---

<sup>19</sup> Morata, L. An evolutionary concept analysis of futility in health care. *J Adv Nurs*. 2018, 74(6), str. 1292 (dale citováno jako „An evolutionary concept analysis of futility in health care“).

<sup>20</sup> Lelie, A. Verweij, M. Futility without a dichotomy: towards an ideal physician-patient relationship. *Bioethics*. 2003, 17(1), str. 21 – 31.

<sup>21</sup> Macauley, R. C. *Ethics in Palliative Care*. Oxford: Oxford University Press, 2018, str. 364 (dale citováno jako „Ethics in Palliative Care“).

V poslední části kapitoly je koncept marné léčby představen odkazem na existující česká odborná doporučení. V této části poukazují na některé nedostatky těchto doporučení s ohledem na použité definice marné léčby. Zabývám se rovněž otázkou, zda a případně do jaké míry může být marná léčba ve smyslu těchto doporučení hodnocena jako léčba bez náležité odborné úrovně ve smyslu § 4 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o zdravotních službách“) a zda je lékař povinen takovou léčbu poskytovat nebo zda je případně na základě svého jednostranného rozhodnutí oprávněn nebo přímo povinen takovou léčbu ukončit.

## 2.2 Definice marné léčby v odborné literatuře

Na počátku diskuzí o konceptu marné léčby opakovaně zazníval názor, že marná léčba je odborný medicínský koncept, a v tom smyslu tedy lze říci, zda určitý postup je marnou léčbou nebo nikoliv.<sup>22</sup> Poněkud menší shoda byla v diskuzích nalezena v okamžiku, kdy mělo být konkrétně stanoveno, kde leží hranice mezi marnou léčbou a léčbou, kterou jako marnou ještě nelze hodnotit. V průběhu posledních desetiletí tak bylo představeno mnoho definic marné léčby. Některé definice byly představeny v odborné literatuře, jiné byly přijaty v doporučeních odborných lékařských společností. S rozličnými definicemi pracuje soudní judikatura.

Z rozsáhlé odborné literatury zabývající se konceptem marné léčby lze jako relevantní zmínit zejména následující.

Lo and Jonsen uvádí, že rozhodování o tom, zda je léčba marná nebo není, má spočívat v poměrování rizik a přínosů léčby. Zdůrazňují, že pro dosažení jistoty je vždy třeba provést terapeutický pokus s cílem ověřit, jak na léčbu bude pacient reagovat. Pokud se léčba ukáže jako neefektivní, pak lze hovořit o léčbě marné a má následovat rozhodnutí lékaře takovou léčbu ukončit.<sup>23</sup>

---

<sup>22</sup> Gampel, E. Does professional autonomy protect medical futility judgments? *Bioethics*. 2006, 20 (2), str. 92.

<sup>23</sup> “A method of weighing the risks and the benefits, but ultimately a trial is necessary to determine the patient’s response to the treatment. If the treatment is ineffective, then futile care is occurring and the decision is made to stop the therapy and other life-prolonging measures.” Lo, B. Jonsen, A. R. Clinical decisions to limit treatment. *Annals Of Internal Medicine*. 1980, 93(5), str. 764 - 768.

Youngner uvádí, že o marné léčbě lze hovořit, pokud z fyziologického hlediska léčba nemůže naplnit stanovený cíl, pokud léčba pouze oddaluje smrt nebo prodlužuje umírání, pokud má léčba negativní vliv na kvalitu života pacienta nebo pokud je pravděpodobnost přežití poskytnuté léčby nízká.<sup>24</sup>

Schneider zdůrazňuje, že definice marné léčby musí zahrnovat jak kvantitativní, tak kvalitativní rovinu. Kvantitativní aspekt marnosti léčby předpokládá zkoumání úspěšnosti léčby v rámci vymezeného vzorku případů. Pokud lékař na základě dostupných dat nebo na základě vlastních zkušeností dokáže stanovit, že léčba nebyla úspěšná u posledního sta pacientů s obdobnou diagnózou, pak může rozhodnout o neposkytnutí takové léčby, neboť taková léčba je legitimně hodnocena jako marná. Kvalitativní aspekt marnosti léčby směřuje na zkoumání, zda navrhovaná léčba může přispět k ukončení přístrojové podpory vitálních funkcí, tj. obnovit nezávislosti organismu na této podpoře. Pokud léčba k tomuto cíli není schopna přispět, pak ji lze označit za marnou.<sup>25</sup>

Brody a Halevy rozlišují čtyři kategorie marné léčby. Z pohledu fyziologického je marnou léčbou taková léčba, která sice dokáže alespoň dočasně vyvolat fyziologickou reakci orgánu, není však schopna obnovit samostatnou funkci orgánu. Jako příklad marné léčby uvádí případ provedení kardiopulmonální resuscitace, která sice, z ryze fyziologického hlediska, působí na činnost srdce ve smyslu umělého zajištění průtoku krve, nemá však potenciál zajistit obnovení spontánní činnosti srdce. Marnou léčbou je dle Brodyho a Helvyho dále léčba poskytovaná v okamžiku nevyhnutelně blížící se smrti pacienta, tedy léčba, která je poskytována přesto, že je důvodné předpokládat, že pacient navzdory poskytnuté léčbě zemře v blízké budoucnosti. Za marnou léčbu označují rovněž léčbu, která má potenciál dosáhnout stanoveného fyziologického cíle, nemá však potenciál jakkoliv ovlivnit základní nevléčitelné onemocnění pacienta. Pacient tak přes poskytnutí této léčby zemře v důsledku tohoto onemocnění. Nakonec je za marnou léčbu označena léčba, která není schopna obnovit původní kvalitu nebo alespoň zachovat

---

<sup>24</sup>“Physiologically the medical intervention in question will not meet the explicit goals, 2. Aids in postponing death or prolonging life, 3. Effects quality of life negatively, 4. The likelihood of surviving the intervention is low.” Youngner, S. J. Who defines futility? *Journal of the American Medical Association*. 1988, 260(14), str. 2094 – 2095.

<sup>25</sup>“1. Quantitative aspect of the definition asserts when a physician concludes through collaboration with peers, research or personal experience, the last 100 cases lack success, the treatment is futile. 2. Qualitative aspect of the definition asserts the intervention merely preserves a persistent vegetative state or fails to end dependence on life-sustaining technologies in an intensive care setting.” Schneiderman, L. J., Jecker, N. S., & Jonsen, A. R. Medical futility: Its meaning and ethical implications. *Annals of Internal Medicine*. 1990, 112(12), str. 949 – 954.

stávající kvalitu života pacienta. Poskytovaná léčba naopak přináší obtíže, které kvalitu života pacienta dále snižují.<sup>26</sup>

Batavia definuje marnou léčbou specificky v kontextu léčby pacientů v bezvědomí. Marnou léčbou je jakákoliv život udržující léčba, od umělé plicní ventilace po umělou hydrataci a výživu, poskytovaná pacientovi, který je v bezvědomí po dobu alespoň 365 dní.<sup>27</sup>

Huynh uvádí, že o marné léčbě lze hovořit v případě, kdy zátěž způsobená léčbou významně převažuje nad přínosy léčby, kdy je léčba poskytována přesto, že smrt pacienta je nevyhnutelná a lze ji očekávat v horizontu hodin nebo dní, kdy je léčba poskytována pacientovi, který není schopen přežít mimo jednotku intenzivní péče, kdy je pacient v permanentním vegetativním stavu nebo kdy poskytnutí léčby nezajistí dosažení cílů vytyčených pacientem.<sup>28</sup>

Srovnání uvedených definic poměrně jasně ukazuje, že obecně sdílená definice marné léčby v odborné literatuře nebyla nalezena. Různí autoři představují různé perspektivy, navrhuji zvažovat různá kritéria. Tato kritéria se do určité míry překrývají, do určité míry se doplňují. V některých definicích jsou tato kritéria jen různě pojmenována. V reakci na tuto terminologickou nepřehlednost se odborná literatura historicky pokoušela představené definice systematizovat do kategorií podle toho, jaká kritéria mají být zohledněna. Podle toho pak byla odlišována fyziologická futilita, probabilistická futilita, kvalitativní futilita nebo futilita normativní.

---

<sup>26</sup>“1. *Physiologic*: the effect may temporarily or never achieve the physiological response, but does not achieve the intended goal (e.g. cardiopulmonary resuscitation may perfuse the organs, yet not lead to a return of spontaneous circulation). 2. *Imminent demise*: even with the intervention, the patient will die in the very near future, often before discharge. 3. *Lethal condition*: the intervention achieves the stated goals, but the patient has a terminal condition which is unaffected by the intervention and will die due to the terminal condition in the next few hours, days, or months. 4. *Qualitative*: an intervention which fails to return or sustain an acceptable quality of life.” Brody, B. A., & Halevy, A. Is futility a futile concept? *Journal of Medicine & Philosophy*. 1995, 20(2), str. 123 (dále citováno jako “Is futility a futile concept?”).

<sup>27</sup>“Any form of life-sustaining care from ventilator to nutritional support outside of comfort measures which is provided to an individual who has lost and not regained consciousness for 365 consecutive days.” Batavia, A. Disability versus futility in rationing health care services: Defining medical futility based on permanent unconsciousness-PVS, coma and anencephaly. *Behavioral Sciences & The Law*, 2002, 20(3), str. 219 – 233.

<sup>28</sup>“Futile care exists if any of the following exist: 1. Burden grossly outweighs the benefits, 2. Death is imminent, 3. A patient is unable to survive outside the ICU, 4. Patient is permanently unconscious, 5. The treatment will not allow the patient to meet their goals.” Huynh, T. N. Kleerup, E. C. Wiley, J. F. Savitsky, T. D. Guse, D. Garber, B. J. Wenger, N. S. The frequency and cost of treatment perceived to be futile in critical care. *JAMA Internal Medicine*. 2013, 173(20), str. 1887 – 1894.



Z uvedených kategorií byla za nejméně významově problematickou označována kategorie fyziologické futility. Ilustrativním příkladem fyziologické futility může být následující případ.

Pacientka je přivezena zdravotnickou záchrannou službou na urgentní příjem po dopravní nehodě, při které utrpěla masivní trauma hlavy s výhřezem mozkové tkáně. Po pečlivém zvážení lékaři konstatují, že poranění mozku jsou natolik závažná, že neexistuje zákrok, který by mohl život pacientky zachránit. Manžel pacientky, který je přítomen, žádá o přeložení pacientky na jednotku intenzivní péče a provedení neurochirurgického zákroku. Lékaři trvají na tom, že žádný zákrok nemá potenciál obnovit funkci mozku, a že provedení jakéhokoliv neurochirurgického zákroku by bylo fyziologicky futilní léčbou.<sup>29</sup>

Obdobně lze o fyziologické futilitě mluvit v souvislosti s provedením kardiopulmonální resuscitace u pacienta s rupturou srdečního svalu po infarktu myokardu. V tomto případě je resuscitace fyziologicky futilní, neboť nemá jakýkoliv potenciál obnovit činnost srdce.<sup>30</sup>

Někteří autoři o fyziologické futilitě hovoří také v případě, kdy je sice léčba schopna vyvolat fyziologickou reakci určitého orgánu, nemá však potenciál obnovit jeho samostatnou funkci, nebo v případě, kdy léčba sice vyvolá předpokládaný fyziologický efekt ve vztahu k jednotlivému orgánu, nemůže však zlepšit celkový zdravotní stav pacienta nebo vyléčit jeho základní onemocnění.<sup>31</sup>

Jako příklad lze uvést pacienta s chronickou obstrukční plicní nemocí v terminálním stádiu, který v okamžiku akutní respirační insuficience vyžaduje umělou plicní ventilaci. Plicní ventilace má fyziologický potenciál v tom smyslu, že zajistí pacientovi přísun kyslíku. V tomto ohledu by intubace pacienta a připojení na umělou plicní ventilaci neměly být hodnoceny jako fyziologicky marná léčba. Pokud by však cílem intubace a plicní ventilace mělo být vyléčení základního onemocnění, pak by se naopak o fyziologicky marnou léčbu jednalo.

Nekontroverznost fyziologické utility dle Truoga spočívá především v tom, že hodnocení fyziologického potenciálu léčby je z podstaty věci hodnotově neutrální. Schneiderman oponuje

---

<sup>29</sup> Jonsen, A. R. Sigler, M. Winslade, W. J. Matějka, J. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2019, str. 34 (dále citováno jako „Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně“).

<sup>30</sup> *Ethics in Palliative Care*, str. 369.

<sup>31</sup> *An evolutionary concept analysis of futility in health care*, str. 1294.



a zdůrazňuje, že už samotné rozhodnutí hodnotit léčbu pouze dle jejího fyziologického potenciálu vyjadřuje hodnotový postoj lékaře. Nadto, cíle léčby mohou a velmi často budou přesahovat cíle ryze fyziologické. Cílem léčby nemusí být pouze obnova fyziologické funkce orgánu. Cílem léčby může být oddálení smrti pacienta nebo zachování, případně zlepšení kvality života pacienta.<sup>32</sup> Cílem intubace a ventilace zmiňovaného pacienta s akutní respirační insuficiencí může být udržení pacienta při životě do okamžiku, kdy se s ním bude moci přijít rozloučit jeho rodina. S ohledem na takto definovaný cíl lze jen obtížně hodnotit léčbu jako marnou. Pokud by byl cíl intubace a ventilace pacienta vymezen ve smyslu záchrany života pacienta tak, aby pacient mohl odejít domů, být soběstačný a žít svůj život způsobem, jakým jej žil před tím, než onemocněl, pak naopak bude poskytnutá léčba jako futilní hodnocena zcela důvodně.

Probabilistická futilita nabízí odlišný pohled. Léčba je označena za marnou v okamžiku, kdy s určitou pravděpodobností nebude mít potenciál dosáhnout stanoveného cíle. Tento přístup k hodnocení léčby jako léčby marné může být lákavý. Opírá se totiž o tvrdá medicínská data. I v kontextu rozhodování v závěru života prosazuje koncept medicíny založené na důkazech a odprošťuje se podobně jako ryze fyziologická futilita od hodnotových soudů. Doporučení k hodnocení léčby jako marné dle pravděpodobnosti úspěchu takové léčby může být formulováno například následovně.

*„Studie 865 pacientů vyžadujících mechanickou ventilaci po provedené transplantaci kostní dřeně ukázala, že mezi 383 pacienty, kteří měli postižení plic a jaterní nebo renální selhání a vyžadovali dechovou podporu delší než 4 hodiny, nebyl jediný pacient, který by přežil. Studie navrhuje za těchto okolností pacienty neintubovat a nepokračovat ve ventilaci déle než 4 hodiny.“<sup>33</sup>*

Ani probabilistická futilita však nemusí být tak neproblematická, jak se na první pohled může zdát. Probabilistická futilita totiž předpokládá, že lze určit hranici, kdy je pravděpodobnost úspěchu léčby ještě dostatečně vysoká, aby léčba byla poskytnuta, a kdy je pravděpodobnost úspěchu léčby již natolik nízká, že je léčba hodnocena jako marná a není poskytnuta. Zároveň

---

<sup>32</sup>Ethics in Palliative Care, str. 369

<sup>33</sup>Rubinfeld, G. D. Crawford, S. W. Withdrawing life support for medically ventilated recipient of bone marrow transplantation: a case for evidence-based qualitative guidelines. *Ann Intern Med.* 1996, 125(8), str. 635 – 635.

předpokládá, že je zřejmé, kdo je konečným arbitrem pro posouzení, kde tato hranice leží a rovněž, kdo je konečným arbitrem pro posouzení významu této hranice.

Průzkumy poukazují na zřejmou názorovou nejednotnost nejen mezi jednotlivými lékaři, ale rovněž mezi jednotlivými pacienty a jejich rodinami. Veliká diskrepance je přítomna, je-li srovnána požadovaná míra pravděpodobnosti z pohledu lékařů a z pohledu pacientů. Zatímco někteří lékaři budou léčbu poskytovat, pokud existuje alespoň nějaká, byť sebemenší šance na úspěch, jiní ve svých klinických úvahách budou zvažovat pouze takovou léčbu, kde je šance na úspěch alespoň 5 %. Obdobně rodiny umírajících pacientů budou žádat o léčbu, jejíž pravděpodobnost úspěchu je podobně nízká. Na opačné straně spektra však bude existovat skupina lékařů, kteří za smysluplnou hranici pravděpodobnosti úspěchu léčby tak, aby léčba byla poskytnuta, budou považovat alespoň 50 %.<sup>34</sup> Otázka pak zní: „*Jaká pravděpodobnost úspěchu léčby je dostatečně vysoká, abychom léčbu nepovažovali za léčbu marnou? 1 %? 10 %? 25 %? 50 %? A kdo rozhodne, kde má tato hranice být?*“

Nadto, i pokud lze připustit, že je možné jednoznačně vymezit hranici mezi léčbou marnou a léčbou, která s ohledem na pravděpodobnost úspěchu léčbou marnou není, zůstává zde i nadále nutnost posouzení, zda se konkrétní případ konkrétního pacienta nachází ještě nad, nebo už pod stanovenou hranicí. Takové hodnocení předpokládá existenci spolehlivých dat z klinických studií, která umožní míru pravděpodobnosti stanovit, a schopnost existující data interpretovat a aplikovat v kontextu léčby konkrétního pacienta. V důsledku se tak i probabilistická futilita stává měřítkem arbitrárním a obtížně využitelným v klinické praxi.

Kategorie kvalitativní futility se snaží odprostit od kritérií zahrnutých v kategorii futility fyziologické a probabilistické a zdůrazňuje, že léčbu nelze hodnotit pouze podle toho, zda má potenciál dosáhnout kýženého fyziologického efektu a jakou měrou pravděpodobnosti tento efekt lze očekávat. V centru veškerých úvah totiž stojí pacient, člověk, který není pouze souhrnem biologických procesů, jejichž patologie je třeba napravovat. Jako důležité kritérium pro hodnocení významu léčby se namísto kritéria prodloužení biologického života vyzdvihuje kritérium kvality života pacienta.

---

<sup>34</sup> Ethics in Palliative care, str. 369.

Pro ilustraci lze uvést případ pacienta ve vegetativním stavu. Život takového pacienta lze udržet po dobu i mnoha let. Bude-li se diskutovat otázka marnosti podávání umělé hydratace a výživy a bude-li kritériem hodnocení fyziologický potenciál v kombinaci s mírou pravděpodobnosti fyziologického efektu umělé hydratace a výživy, nebude možné hovořit o léčbě marné. Takový závěr nicméně předpokládá, že cílem léčby má být pouze udržení biologického života pacienta. V okamžiku, kdy je úvaha o významu léčby směřována na celkovou kvalitu života pacienta, může být závěr zcela opačný.<sup>35</sup>

Z pohledu kvalitativní futility je tedy za marnou označena taková léčba, která nemůže navrátit nebo zachovat kýženou kvalitu života pacienta, případně taková léčba, která neumožní pacientovi být propuštěn z nemocnice.<sup>36</sup> K diskuzi pak opět zůstává otázka, kdo má být konečným arbitrem posouzení kvality života pacienta. Kritici konceptu kvalitativní futility zdůrazňují, že požadovaná kvalita života z pohledu ošetřujícího lékaře totiž ani v nejmenším nemusí korespondovat s představou pacienta o tom, jakou kvalitu života si pro sebe přeje on sám.<sup>37</sup>

Normativní futilita jde dále, překračuje uvedené kategorie, včetně kategorie kvalitativní futility a zdůrazňuje, že podstatným kritériem pro posouzení léčby je to, zda skrze poskytování život udržující léčby může být dosaženo stanovených cílů léčby. Tím, kdo stanoví, k jakým cílům má léčba směřovat, je pacient a pouze pacient může říci, jaká zátěž a jaká rizika, které jsou s léčbou spojeny, pro sebe považuje za přijatelné.<sup>38</sup> Normativní futilita klade důraz na to, že různí pacienti mohou mít různé cíle a že rozhodování o poskytování život udržující léčby se vždy odehrává v kontextu životního příběhu konkrétního pacienta. To, co pro jednoho pacienta může představovat smysluplný cíl, pro jiného pacienta smysluplným cílem nebude.

---

<sup>35</sup> Ethics in Palliative care, str. 371.

<sup>36</sup>Is futility a futile concept? str. 123. Srov. Schneiderman, L. J. Jecker, N. S. Jonsen, A. R. Medical futility: Its meaning and ethical implications. *Annals of Internal Medicine*. 1990, 112(12), str. 949 – 954. Schneiderman, L. J. Defining medical futility and improving medical care. *Journal of Bioethical Inquiry*. 2001, 8(2), str. 123 – 131. Scheiderman, L. J. de Ridder, M. Medical futility. *Handbook of Clinical Neurology*. 2013, 118, str. 167 – 179.

<sup>37</sup> Saigal, S. Stoskopf, B. I. Feeny, D. Furlong, W. Burrows, E. Eosenbaum, P.I. Hoult, I. Difference in preference for neonatal outcomes among health care professionals, parents and adolescent. *JAMA*. 1999, 28J(21), str. 1991 – 1997.

<sup>38</sup> Srov. Sláma, O. Lze objektivně vymezit, která léčba je u nevléčitelně nemocného pacienta „marná“? In: Černý, D. Doležal, A. (eds.) *Smrt a umírání: etické, právní a medicínské otazníky a konci života*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2013, str. 29 (dále citováno jako „Lze objektivně vymezit, která léčba je u nevléčitelně nemocného pacienta „marná“?“).

V literatuře v souvislosti s normativní futilitou bývá uváděn příklad terminálního pacienta, který žádá o poskytnutí život udržující léčby proto, aby se dožil následujícího týdne, kdy bude mít možnost naposledy se setkat se svými blízkými. Jindy bývá zmiňován příklad pacienta, který si přeje podstoupit další cykly onkologické léčby, aby mohl uzavřít sňatek se svým životním partnerem. Oba pacienti léčbu podstupují s vědomím, že léčba nebude úspěšná, že nezastaví progresi jejich nevléčitelného onemocnění. Přijímají rovněž zátěž, která je s léčbou spojena. Jiný pacient s jiným životním příběhem by takovou léčbu odmítl. Podstatné zůstává to, jak pacient vymezil cíle léčby a to, zda těchto cílů může být léčbou dosaženo. O normativní futilitě pak lze hovořit v případě, kdy léčba nemůže naplnit pacientem stanovený cíl.

Jak již bylo zmíněno v úvodu této kapitoly, koncept marné léčby je považován za jeden z nejproblematictějších konceptů současné etiky a práva závěru života. Z uvedeného výčtu definic marné léčby a jejích kategorizací je zřejmé, že doposud nebyla nalezena plná shoda na tom, jaká kritéria mají být při hodnocení léčby zohledněna a kdo má tato kritéria hodnotit, resp. do jaké míry to má být ošetřující lékař, který o futilitě léčby rozhoduje.

Odborná literatura proto stále častěji nabádá k tomu, aby od konceptu marné léčby bylo upuštěno. Upozorňuje, že představa striktní dichotomie mezi doménou autority lékaře a doménou autonomie pacienta je zcela nesprávná. Zdůrazňuje, že namísto snahy nalézt definici marné léčby má být pozornost zaměřena na zakotvení vhodné procedury, která umožní nacházet konsenzus ošetřujícího lékaře a pacienta, případně osob rozhodujících za pacienta, na tom, jaká léčba je pro pacienta přínosná nebo přiměřená.<sup>39</sup> Tento přístup nezpochybňuje význam postavení lékaře jako odborníka, který disponuje pro pacienta zásadními medicínskými informacemi, ani význam postavení pacienta, který je „odborníkem na vlastní život“. Důraz je však kladen na proces, který předchází konečnému rozhodnutí o tom, že léčba nebude zahájena nebo bude ukončena.

Jinými slovy, společné rozhodnutí lékaře a pacienta předpokládá, že rozhodnutí musí předcházet určitý proces zvažování jednotlivých možností („deliberation“)<sup>40</sup> s tím, že v klinické

---

<sup>39</sup> Zucker, M. B. Zucker, H. D. *Medical futility and the evaluation of life-sustaining interventions*. New York: Cambridge University Press, 1997. Srov. Lze objektivně vymezit, která léčba je u nevléčitelně nemocného pacienta „marná“? Savulescu, J. Just dying: the futility of futility. *J Med Ethics*. 2013, 39 (9), str. 583 – 584.

<sup>40</sup> Srov. Bagheri, A. Regulating Medical Futility: Neither Excessive Patient's Autonomy Nor Physician's Paternalism. *European Journal of Health Law*. 2008, 15(1), str. 45 – 53. Quill, T. E. Brody, H. Physician Recommendations and Patient Autonomy: Finding a Balance between Physician Power Choice. *Annals of Internal Medicine*. 1996, 125(9), str. 763 – 769. Pellegrino, D. E. Patient and Physician Autonomy: Conflicting Rights and

praxi pak zůstane pouze malý zlomek případů, kdy léčba s ohledem na zdravotní stav pacienta nemá žádný nebo má pouze nepatrný fyziologický potenciál, tj. lze ji označit za fyziologicky futilní. Pouze v těchto případech má být lékař oprávněn činit unilaterální rozhodnutí o nezahájení nebo ukončení zahájené léčby. Takový přístup předpokládá rozhodování ryze medicínské, rozhodování, které je oproštěno od hodnotových soudů lékaře ve vztahu k danému pacientovi, jeho životu, resp. kvalitě jeho života apod.<sup>41</sup>

V návaznosti na tento myšlenkový posun lze sledovat také posun v terminologii, který se v posledních letech jak v odborné literatuře, tak v odborných doporučeních prosazuje. Označení marná léčba („futile treatment“) je nahrazeno označením prospěšná léčba („beneficial treatment“),<sup>42</sup> případně označením přiměřená léčba („appropriate treatment“).<sup>43</sup> Tato označení jsou dále částečně modifikována. Například přiměřená, resp. nepřiměřená léčba je doplněna o přídatné jméno „potenciálně“ („potentially inappropriate“) nebo „klinicky“ („clinically inappropriate“).<sup>44</sup>

### 2.3 Definice marné léčby v odborných doporučeních

V následující části práce se posouvám od analýzy odborné literatury k analýze odborných doporučení dopadajících na oblast poskytování péče v závěru života. Jak jsem již naznačila v úvodu práce, zvolila jsem pro účely následné komparace odborná doporučení britská a americká. Přestože jsem si vědoma, že existují státy, které jsou České republice bližší jak s ohledem na právní systém, tak s ohledem na historické a kulturní pozadí, na němž se diskuze o otázkách závěru života odehrává, jsem přesvědčena, že právě tato doporučení mohou být cenným zdrojem inspirace i pro české prostředí. Odlišnosti v závaznosti doporučení, resp. jejich autoritě vnímané ze strany medicínské komunity pro tuto chvíli ponechávám stranou a pro účely následující analýzy je nepovažuji za nikterak podstatné. Nicméně, ve snaze předcházet této kritice v závěru kapitoly, v podkapitole shrnující má doporučení pro českou klinickou praxi, odkazuji vedle britských a amerických odborných doporučení rovněž na německé odborné

---

Obligation in the Physician-Patient Relationship. *Journal of Contemporary Health Law and Policy*. 1994, 10(1), str. 47 – 68.

<sup>41</sup> Bosslet, G. T. a kol. An Official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM Policy Statement: Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2015, (191)11, str. 1322.

<sup>42</sup> Lze objektivně vymezit, která léčba je u nevyлéčitelně nemocného pacienta „marná“?

<sup>43</sup> Ethics in Palliative care, str. 374.

<sup>44</sup> Ibid.

doporučení publikované na přelomu roku 2018 a 2019, které nabízí cenný inspirační zdroj, jenž má původ v právním prostředí bližšímu prostředí českému, nežli prostředí anglo-americké.

### 2.3.1 Velká Británie

V souvislosti s otázkami týkajícími se poskytování péče v závěru života, a zejména otázkami týkajícími se rozhodování o nezahájení nebo ukončení zahájené léčby s ohledem na hodnocení léčby jako léčby marné, lze za relevantní odborná doporučení považovat doporučení General Medical Council z roku 2010 s názvem *Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making* (dále jen „doporučení GMC“), doporučení British Medical Association z roku 2007 s názvem *Withholding or Withdrawing Life-Prolonging Medical Treatment: Guidance for Decision Making* (dále jen „doporučení BMA“), doporučení Nuffield Council on Bioethics z roku 2006 s názvem *Critical care decisions in fetal and neonatal medicine. Decision making: the ethical issues* (dále jen „doporučení Nuffield Council on Bioethics“) a konečně doporučení Royal College of Paediatrics and Child Health z roku 2015, *Making decisions to limit treatment in life-limiting and life-threatening conditions in children: a framework for practice* (dále jen „doporučení RCPCH“).

#### ***General Medical Council: Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making***

Doporučení GMC hned ve svém úvodu zdůrazňuje, že opouští zcela terminologii „marná léčba“ („futile treatment“) a pracuje s pojmy klinicky vhodná léčba („clinically appropriate treatment“) a „celkový přínos léčby“ („overall benefit of treatment“).

Hodnocení léčby jako klinicky vhodné je hodnocením, které náleží ošetřujícímu lékaři. Hodnocení celkového přínosu léčby je však hodnocením, které náleží pacientovi nebo osobě, která rozhoduje za pacienta. Role ošetřujícího lékaře spočívá v podpoře, kterou pacientovi nebo jeho zástupci nabídne v procesu hodnocení jednotlivých faktorů, tedy přínosu („benefit“) navrhovaných alternativ léčby spočívajících v prodloužení života pacienta, zlepšení jeho zdravotního stavu nebo kompenzaci symptomů doprovázejících onemocnění pacienta, zátěže

(„burden“) spojené s jednotlivými alternativami léčby a možných rizik, které s sebou tyto alternativy přináší.<sup>45</sup>

Doporučení GMC uvádí, že lékař není povinen poskytovat léčbu, kterou hodnotí jako klinicky nevhodnou, ani pokud by ji pacient nebo jeho zástupce vyžadoval. V takovém případě má lékař pacientovi nebo jeho zástupci vysvětlit, proč léčba není z klinického hlediska vhodná, a informovat jej o možnosti konzultovat zdravotní stav a léčebný postup s jiným lékařem, případně (v případě pacienta, za nějž rozhoduje zástupce) se obrátit na příslušný soud.<sup>46</sup>

Doporučení GMC opakovaně zdůrazňuje, že klinickou nevhodnost léčby nelze ztotožnit s celkovým přínosem léčby. Klinická nevhodnost je kategorií medicínskou, objektivní, oproštěnou od hodnotových soudů lékaře. Celkový přínos léčby je kategorie, která v sobě kromě klinických informací zahrnuje další hodnotové soudy konkrétního pacienta nebo jeho zástupce. Z mého pohledu tedy velmi výstižně zdůrazňuje nutnost oddělit medicínskou stránku věci a hodnocení celkového přínosu léčby, které je hodnocením subjektivním, a dle mého soudu správně pak dovozuje, že klinicky nevhodnou léčbu lékař není povinen poskytovat, o poskytování léčby hodnocené jako celkově přínosné má však rozhodovat pacient.

### ***British Medical Association: Withholding or Withdrawing Life-Prolonging Medical Treatment: Guidance for Decision Making***

Doporučení BMA na rozdíl od doporučení GMC i nadále užívá terminologie „futility“ a „futile treatment“, co do obsahu s ním však do značné míry koresponduje. Doporučení BMA uvádí, že za marnou léčbu bývá zpravidla označována taková léčba, která nemůže pacientovi poskytnout kýžený benefit, a to buď proto, že nemá potenciál dosáhnout fyziologického cíle léčby nebo proto, že zátěž spojená s léčbou převažuje nad přínosy léčby.<sup>47</sup>

---

<sup>45</sup> General Medical Council. *Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making*. 2010, str. 14. (dále citováno jako „Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making“).

<sup>46</sup> Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making, str. 19.

<sup>47</sup> „Treatment is usually considered unable to produce the desired benefit either because it cannot achieve its physiological goal or because the burdens of the treatment are considered to outweigh the benefits for the particular individual. This is sometimes called „futile“ treatment.“ British Medical Association. *Withholding or Withdrawing Life-Prolonging Medical Treatment: Guidance for Decision Making*. 2007, str. 4. (dále citováno jako „Withholding or Withdrawing Life-Prolonging Medical Treatment: Guidance for Decision Making“).



Doporučení BMA připouští, že uvedená definice není zcela neproblematická, když kombinuje dvě zcela odlišná kritéria. Zatímco fyziologická futilita léčby je chápána jako kategorie medicínská, futilita spočívající v převaze zátěže spojené s léčbou nad přínosy léčby je kategorie, která nutně zahrnuje subjektivní hodnocení. Jinými slovy, zatímco v situaci, kdy léčba nemůže vyvolat předpokládaný fyziologický efekt, nemá fyziologický potenciál, není klinicky indikovaná, je úvaha o marnosti léčby úvahou náležející výhradně lékaři, v situaci, kdy je třeba porovnat přínos léčby se zátěží a riziky spojenými s léčbou, je úvaha o marnosti léčby úvahou náležející pacientovi nebo osobě, která pacienta zastupuje. A zatímco pro jednoho pacienta může být prodloužení života byť jen o pár hodin navzdory diskomfortu nebo bolesti, které s léčbou souvisí, benefitem převažujícím nad jakoukoliv mírou zátěže, pro jiného pacienta by přínos léčby pouze v podobě prodloužení života neměl význam.<sup>48</sup>

I toto doporučení tedy odlišuje kategorii fyziologické a normativní futility a dochází ke stejnému závěru jako doporučení GMC, tedy že fyziologicky futilní léčbu lékař není povinen poskytovat, posouzení normativní futility však musí zůstat na pacientovi.

***Nuffield Council on Bioethics: Critical care decisions in fetal and neonatal medicine. Decision making: the ethical issues***

Doporučení Nuffield Council on Bioethics se na rozdíl od předešlých doporučení GMC a BMA zaměřuje výhradně na otázky související s rozhodováním o péči poskytované v prostředí fetální a neonatální medicíny. Namísto konceptu marné léčby pracuje s konceptem „nesnesitelnosti“ léčby („concept of intolerability“). Léčba je nesnesitelná, pokud je spojena s nesnesitelnou zátěží pro nezletilého pacienta.<sup>49</sup> V souvislosti s určením snesitelnosti či nesnesitelnosti poskytované léčby pak doporučení Nuffield Council on Bioethics odkazuje na doporučení RCPCH z roku 2004 s názvem *Withholding or Withdrawing Life Sustaining Treatment in Children: A Framework for Practice*.

Toto doporučení uvádí pět situací, kdy je přípustné nezačít léčbu nebo zahájenou léčbu ukončit. První ze situací je mozková smrt nezletilého pacienta, druhou je situace, kdy se

---

<sup>48</sup> Withholding or Withdrawing Life-Prolonging Medical Treatment: Guidance for Decision Making, str. 14.

<sup>49</sup> Nuffield Council on Bioethics: *Critical care decisions in fetal and neonatal medicine. Decision making: the ethical issues*. 2006, str. 12. (dále citováno jako „Critical care decisions in fetal and neonatal medicine. Decision making: the ethical issues“).



nezletilý pacient nachází v permanentním vegetativním stavu, třetí situaci doporučení označuje jako situaci bez šance („no chance situation“), čtvrtou situací je situace, kdy léčba je zcela neúčelná („no purpose situation“) a v posledním případě doporučení hovoří o neúnosné situaci („unbearable situation“).<sup>50</sup>

Doporučení připouští, že v případě, kdy:

- nezletilý pacient trpí natolik závažným onemocněním, že život udržující léčba pouze oddaluje smrt, aniž by zároveň přinášela úlevu od bolesti,
- nezletilý pacient může díky poskytnuté léčbě přežít, avšak stupeň fyzického nebo mentálního postižení bude natolik vysoký, že nelze od pacienta očekávat, aby takové postižení chtěl snášet, nebo
- léčba představuje neúnosnou zátěž pro nezletilého pacienta, aniž by měla potenciál zvrátit progresi nevléčitelného onemocnění,

může lékař rozhodnout, že léčba nezletilému pacientovi nebude poskytnuta nebo již v zahájené léčbě nebude pokračováno.<sup>51</sup>

Doporučení Nuffield Council on Bioethics zcela otevřeně přiznává problematičnost použité terminologie a nejednoznačnost spojenou s interpretací konceptu nesnesitelnosti. Připouští, že zákoní zástupci mohou mít výrazně odlišný pohled na to, co je nesnesitelnou léčbou pro nezletilého pacienta, za kterého rozhodují. A ačkoliv s ohledem na tyto limity doporučení zdůrazňuje nutnost, aby posouzení snesitelnosti léčby pro nezletilého pacienta probíhalo vždy společně se zákonnými zástupci, připouští, že i přes nesouhlas zákonných zástupců mohou lékaři vyhodnotit léčbu jako nesnesitelnou a rozhodnout o jejím nezahájení nebo ukončení.

Doporučení zároveň velmi dobře demonstruje, proč právě v kontextu rozhodování o nezahájení nebo ukončení život udržující léčby u nezletilých pacientů je tak složité, ne-li nemožné, vymezit definici marné léčby tak, aby nabízela jednoznačné vodítko pro lékaře, kdy mohou rozhodnout o nezahájení nebo ukončení takové léčby. V tomto kontextu jsou to totiž velmi často zákonní zástupci, kteří rozhodují za pacienta, a jsou to právě oni, kdo hodnotí jednotlivá kritéria, na nichž je definice marné léčby postavena. Jinými slovy, například míru zátěže spojené s léčbou nebo závažnost postižení, s nímž bude pacient žít, nehodnotí pacient, ale zákonný zástupce.

---

<sup>50</sup>Withholding or Withdrawing Life Sustaining Treatment in Children: A Framework for Practice, str. 11.

<sup>51</sup>Withholding or Withdrawing Life Sustaining Treatment in Children: A Framework for Practice, str. 29.

Nutně se pak v klinické praxi objevují situace, kdy lékař důvodně hodnotí míru zátěže nebo závažnost postižení jinak, než jak je hodnotí zákonný zástupce.

***Royal College of Paediatrics and Child Health: Making decisions to limit treatment in life-limiting and life-threatening conditions in children: a framework for practice***

Doporučení RCPCCH z roku 2015 v plném rozsahu nahradilo předešlé doporučení z roku 2004 s názvem *Withholding or Withdrawing Life Sustaining Treatment in Children: A Framework for Practice*. Opustilo původní vymezení pěti situací, kdy lze nezahájit nebo ukončit zahájenou léčbu a navrhuje zvažovat otázku limitace léčby s ohledem na kvantitu (délku) a kvalitu života nezletilého pacienta.

V rámci první kategorie doporučení RCPCCH uvádí případ mozkové smrti, případ bezprostředně se blížící smrti („imminent death“) a případ nevyhnutelně hrozící smrti („inevitable demise“). Za těchto okolností se jako vhodný postup jeví nahrazení intenzivní léčby péčí paliativní, neboť intenzivní léčba nemá jakýkoliv potenciál zachránit život pacienta nebo nemá potenciál odvrátit bezprostředně se blížící smrt a umírajícímu pacientovi by pouze přinesla další zátěž nebo proto, že kromě prodloužení života nemůže jakkoliv ovlivnit nebo zvrátit progresi nevléčitelného onemocnění v terminálním stádiu.<sup>52</sup>

S ohledem na kvalitu života doporučení RCPCCH navrhuje zvažovat, jaká zátěž pro pacienta je spojena s navrhovanou léčbou, resp. jednotlivými výkony, se samotným onemocněním a zda je pacient schopen vnímat přínos léčby. Doporučení zdůrazňuje, že léčba může pacientovi působit bolest, a to jak bolest fyzickou, tak bolest psychickou nebo emocionální. Příkladem takové léčby může být invazivní plicní ventilace u pacienta se závažným neuromuskulárním onemocněním, extrakorporální membránová oxygenace (ECMO), hemodialýza nebo chemoterapie.

Vedle léčby i onemocnění samotné může pacientovi působit bolest. Některá onemocnění s sebou nesou takovou míru bolesti, že život s onemocněním může být nezletilým pacientem nebo jeho zákonným zástupcem hodnocen jako nesnesitelný. Pokud navzdory veškeré snaze

---

<sup>52</sup>Royal College of Paediatrics and Child Health. *Making decisions to limit treatment in life-limiting and life-threatening conditions in children: a framework for practice*. 2015, str. 13 – 14. (dále citováno jako „Making decisions to limit treatment in life-limiting and life-threatening conditions in children: a framework for practice“).

o tišení bolesti bolest přetrvává, lze zvažovat ukončení život udržující léčby. Jako příklad onemocnění spadajícího do této kategorie doporučení RCPCH uvádí závažné formy epidermolysis bullosa (nemoci motýlích křídel).

Existují i takové situace, kdy nezletilý pacient není schopen vnímat přínos léčby spočívající v prodloužení jeho života. Příkladem takové situace může být pacient v permanentním vegetativním stavu nebo stavu minimálního vědomí. I u těchto pacientů lze zvažovat ukončení život udržující léčby, neboť léčba v jejich případě pouze prodlužuje biologický život pacienta, nemá však potenciál pacienta uzdravit. Na tomto místě doporučení zdůrazňuje, že vnímání významu prodloužení života nezletilého pacienta může být odlišné s každým pacientem a jeho zákonným zástupcem. Tyto odlišnosti je třeba respektovat.<sup>53</sup>

Z doporučení RCPCH je patrný určitý posun oproti doporučení z roku 2004 v tom smyslu, že nemá ambici nabídnout jednoznačnou definici marné léčby tak, aby vymezila případy, kdy lékař může jednostranně rozhodnout o nezahájení nebo ukončení život udržující léčby. Naopak zdůrazňuje, že mohou a velmi často budou existovat rozdíly v přesvědčení lékařů a rovněž v přesvědčení jednotlivých zákonných zástupců.

Doporučení zároveň explicitně uvádí, že jeho cílem je vymezit situace, kdy nezahájení nebo ukončení život udržující léčby lze považovat za eticky přijatelná, nikoliv situace, kdy život udržující léčba nesmí být zahájena, resp. musí být ukončena. Zároveň zdůrazňuje, že doporučení směřuje na vymezení určitých *typů situací*, kdy by nezletilí pacienti neměli být vystaveni nepřiměřeně invazivním výkonům, nikoliv *typy dětí*, kterým by přiměřená léčba měla být odmítnuta.<sup>54</sup>

### 2.3.2 *Spojené státy americké*

Za jedno z nejvýznamnějších doporučení je ve Spojených státech amerických v současné době považováno společné stanovisko American Thoracic Society, The American Association for Critical Care Nurses, The American College of Chest Physicians, The European Society for

---

<sup>53</sup> Making decisions to limit treatment in life-limiting and life-threatening conditions in children: a framework for practice, str. 14.

<sup>54</sup> Making decisions to limit treatment in life-limiting and life-threatening conditions in children: a framework for practice, str. 4.

Intensive Care Medicine a The Society of Critical Care Medicine z roku 2015 s názvem *An Official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM Policy Statement: Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units* (dále jen „společné stanovisko“).

Prvním z doporučení společného stanoviska je doporučení namísto termínu marná léčba používat termín potenciálně nevhodná (nepřiměřená) léčba („potentially inappropriate treatment“). Stanovisko vysvětluje, že označení „nepřiměřená léčba“ přesněji vyjadřuje skutečnost, že takové hodnocení v sobě zahrnuje jak hodnocení z hlediska klinického, tak hodnocení z hlediska jiných nemedicínských kritérií, která jsou významná pro pacienta. Označení „potenciálně nepřiměřená léčba“ naznačuje, že takové hodnocení ze strany lékaře je pouze předběžné a má být společně s pacientem nebo osobou, která pacienta zastupuje, zvažováno znovu, a to s konečnou platností.<sup>55</sup>

I společné stanovisko v rámci doporučení užívat označení potenciálně nepřiměřená léčba připouští, že mohou existovat situace, kdy léčba bude skutečně marnou ve smyslu fyziologickém. Rozlišení potenciálně nepřiměřené léčby a léčby marné tedy vyjadřuje požadavek, aby byla odlišena léčba bez fyziologického potenciálu a léčba, která může mít, byť minimální, fyziologický potenciál, avšak existují další důvody, proč ji nepovažovat za přiměřenou. Pouze pro případy léčby bez fyziologického potenciálu připouští užití terminologie marná léčba a pouze pro tyto případy připouští jednostranné rozhodnutí lékaře nezahájit nebo ukončit život udržující léčbu, kterou takto hodnotí.

Pro vysvětlení společné stanovisko uvádí, že lékař není povinen zahájit kardiopulmonální resuscitaci u pacienta vykazujícího patrné známky smrti (rigor mortis, livor mortis),<sup>56</sup> neboť v tomto případě se jedná o fyziologicky futilní léčbu. Bez dalšího však nemůže nezahájit kardiopulmonální resuscitaci u pacienta s pokročilým stádiem rakoviny s metastázami, neboť v tomto případě hodnocení léčby zahrnuje hodnocení neklinických kritérií, včetně kvality života pacienta po provedené resuscitaci, zátěže spojené s provedením resuscitace apod., které náleží pacientovi nebo osobě, která za pacienta rozhoduje a nikoliv lékaři. Lékař tedy může

---

<sup>55</sup>An Official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM Policy Statement: Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units, str. 1319.

<sup>56</sup>An Official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM Policy Statement: Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units, str. 1325.

vyjádřit své přesvědčení, že provedení kardiopulmonální resuscitace u takového pacienta není přiměřené, výsledné hodnocení však musí být ponecháno na pacientovi.<sup>57</sup>

## 2.4 Marná léčba v judikatuře soudů

Zatímco české vyšší soudy otázku nezahájení nebo ukončení život udržující léčby doposud neřešily, v britském a americkém prostředí naopak existují desítky soudních rozhodnutí, která se touto problematikou zabývají. Zejména britská judikatura pak může být cenným zdrojem inspirace, neboť nabízí propracovanou a velmi konzistentní rozhodovací praxi, která si udržela svou argumentační linii již od 80. let minulého století.

Americká judikatura je oproti judikatuře britské méně konzistentní. To je dáno zejména tím, že britský systém soudnictví je ve srovnání s americkým jednotnější,<sup>58</sup> a vytváří tak vhodnější prostředí pro konzistentní rozhodovací praxi. I v americké judikatuře lze nicméně nalézt cenné argumenty, které mohou být referenčními body pro rozhodovací praxi v jiných státech.

### 2.4.1 Velká Británie

#### *Nezletilí pacienti*

Britská judikatura týkající se otázky rozhodování o nezahájení nebo ukončení zahájené život udržující léčby nezletilého pacienta nevychází na rozdíl od odborných doporučení z konceptu marné léčby. Namísto něj svá rozhodnutí opírá o úvahu, zda je zahájení nebo pokračování život udržující léčby v nejlepším zájmu nezletilého pacienta. Činí tak zcela pochopitelně, neboť nejlepší zájem dítěte je na rozdíl od konceptu marné léčby principem zakotveným jak v národních, tak mezinárodních právních normách. Navzdory tomu, z rozhodnutí poměrně zjevně vyplývá, že ačkoliv používaná terminologie je odlišná, kritéria, která soud zvažuje v rámci testu nejlepšího zájmu dítěte, do značné míry kopírují kritéria, která odborná literatura

---

<sup>57</sup>An Official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM Policy Statement: Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units, str. 1327.

<sup>58</sup>Paris, J. J. Ahluwalia, B. M. Cummings, B. M. Moreland, M. P. Wilkinson, D. J. The Charlie Gard case: British and American approaches to court resolution of disputes over medical decisions. *Journal of Perinatology*. 2017, 37, str. 1268 – 1271 (dále citováno jako „The Charlie Gard case: British and American approaches to court resolution of disputes over medical decisions“).

a odborná doporučení zohledňují v rámci vymezení marné léčby. Překrývání principu nejlepšího zájmu dítěte a konceptu marné léčby je z mého pohledu dáno zejména tím, že soudy do značné míry opírají své právní názory o skutkové hodnocení ze strany ošetřujících lékařů. Jinými slovy, uvádí-li ošetřující lékař, že pokračování život udržující léčby považuje za marnou, nevhodnou, resp. nepřiměřenou léčbu, neboť léčba nemá potenciál zachránit život pacienta, nemůže jakkoliv ovlivnit onemocnění pacienta, nepřináší pacientovi žádný benefit, ale naopak jej zatěžuje bolestí, diskomfortem a dalším strádáním, soud tuto argumentaci velmi často převezme a pouze ji „překlopí“ do úvahy o nejlepším zájmu nezletilého pacienta. Lékařem uvedená kritéria, pro která léčbu hodnotí jako marnou, soud vyjmenuje jako kritéria, pro která léčba není v nejlepším zájmu pacienta.

Princip nejlepšího zájmu představuje ústřední princip v oblasti poskytování zdravotních služeb nezletilým pacientům, v oblasti ochrany dítěte i v oblasti sporů týkajících se svěřeni dítěte do péče. Na úrovni vnitrostátní je tento princip zakotven zejména v Children Act 1989, Children (Northern Ireland) Order 1995 a Children (Scotland) Act 1995. Na úrovni mezinárodní je pak princip nejlepšího zájmu dítěte zakotven v Úmluvě o právech dítěte.<sup>59</sup>

Základním východiskem je článek 3 Úmluvy o právech dítěte, který stanoví, že:

*„1. Nejlepší zájem dítěte musí být předním hlediskem při jakékoli činnosti týkající se dětí, ať už uskutečňované veřejnými nebo soukromými zařízeními sociální péče, správními nebo zákonodárnými orgány.*

*2. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, se zavazují zajistit dítěti takovou ochranu a péči, jaká je nezbytná pro jeho blaho, přičemž berou ohled na práva a povinnosti jeho rodičů, zákonných zástupců nebo jiných jednotlivců právně za něho odpovědných, a činí pro to všechna potřebná zákonodárná správní opatření.“*

Na článek 3 Úmluvy o právech dítěte do určité míry navazuje section 1 Children Act 1989, který stanoví, že v situacích, kdy soud rozhoduje o otázkách týkajících se výchovy dítěte nebo správy majetku dítěte, je blaho dítěte nejzásadnějším hlediskem.<sup>60</sup> Section 3 (5) (b) dále říká,

---

<sup>59</sup> United Nations Children's Fund (UNICEF). *Convention on the Rights of the Child*. Dostupné na adrese: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>.

<sup>60</sup> Section 1 Children Act 1989: “When a court determines any question with respect to (a) the upbringing of a child; or (b) the administration of a child's property or the application of any income arising from it, the child's welfare shall be the court's paramount consideration.”

že osoby, které sice nemají rodičovskou odpovědnost, ale o dítě pečují, mají povinnost s ohledem na konkrétní okolnosti činit vše za účelem zabezpečení a prosazení blaha dítěte.<sup>61</sup> Rozdíl mezi uvedenými principy spočívá v tom, že článek 3 považuje nejlepší zájem dítěte za primární hledisko („primary consideration“), kdežto Children Act 1989 stanoví, že blaho dítěte je rozhodujícím/nejzásadnějším hlediskem („paramount consideration“). Children Act 1989 tak poskytuje vyšší míru ochrany zájmům dítěte než Úmluva.<sup>62</sup> V případě kolize zájmů dítěte se zájmy rodičů nebo jiných osob to budou zájmy dítěte, které budou mít rozhodující váhu a budou před zájmy jiných osob upřednostněny.<sup>63</sup> V této souvislosti byla nejednou řešena otázka slučitelnosti formulace obsažené v Children Act 1989 s článkem 8 (2) Evropské úmluvy o ochraně lidských práv,<sup>64</sup> který stanoví, že: „*Státní orgán nemůže do výkonu tohoto práva [práva na respektování svého soukromého a rodinného života, obydlí a korespondence] zasahovat kromě případů, kdy je to v souladu se zákonem a nezbytné v demokratické společnosti v zájmu národní bezpečnosti, veřejné bezpečnosti, hospodářského blahobytu země, ochrany pořádku a předcházení zločinnosti, ochrany zdraví nebo morálky nebo ochrany práv a svobod jiných.*“<sup>65</sup>

Ve věci *Re L (A Child) (Contact: Domestic Violence)* soud uvedl, že rozhodující preference nejlepšího zájmu dítěte je zcela v souladu s článkem 8 (2) Evropské úmluvy o ochraně lidských práv. Odkázal přitom na případ *Hendricks v. Nizozemsko*<sup>66</sup> a *Johansen v. Norsko*.<sup>67</sup> V obou uvedených případech bylo stanoveno, že právo na ochranu rodinného života vyplývající z článku 8 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv není právem absolutním, v případech závažného rozporu mezi zájmy dítěte a zájmy rodičů, musí to být zájmy dítěte, které budou mít přednost. Uvedený přístup potvrdil britský soud ve svém rozhodnutí ve věci *Payne v Payne*.<sup>68/69</sup>

Tento přístup se do značné míry odráží v přístupu soudů k rozhodování o případech nezahájení nebo ukončení život udržující léčby nezletilých pacientů. Opakovaně je v rozhodnutích

---

<sup>61</sup>Section 3 (5) (b) Children Act 1989: “*A person who (a) does not have parental responsibility for a particular child; but (b) has care of the child, may (subject to the provisions of this Act) do what is reasonable in all the circumstances of the case for the purpose of safeguarding or promoting the child’s welfare.*”

<sup>62</sup>*J v C* [1970] AC 688, [1969] 1 All ER 788, HL.

<sup>63</sup>White, R. Carr, A. P. Lowe, N. MacDonald, A. *The Children Act 1989 in practice*. Butterworths Law, 2008, str. 21.

<sup>64</sup>Článek 8 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv. Právo na respektování soukromého a rodinného života.

<sup>65</sup>Ibid.

<sup>66</sup>*Hendricks v Netherlands* (1982) 5 EHRR 223.

<sup>67</sup>*Johansen v Norway* (1996) 23 EHRR 33.

<sup>68</sup>*Payne v Payne* [2001] EWCA Civ 166, [2001] 1 FCR 425, [2001] 1 FLR 1051.

<sup>69</sup>Více k této problematice např. Herring, J. The Human Rights Act and the welfare principle in family law – conflicting or complementary? *Child & Fam. L. Q.* 1999, 11(3), str. 223 – 235. Reece, H. The Paramountcy Principle: Consensus or Construct? *Current Legal Problems*. 1996, 49, str. 267.



zdůrazňováno, že nejlepší zájem dítěte je prvním a jediným kritériem rozhodování o nezahájení nebo ukončení život udržující terapie. Opakovaně rovněž zaznívá požadavek, aby nejlepší zájem dítěte byl nahlížen z perspektivy dítěte, nikoliv z perspektivy rodičů nebo jiných osob, které se podílí na rozhodování o léčbě, která je dítěti poskytována.

Jedním z prvních významných rozhodnutí soudů o otázce poskytování péče v závěru života nezletilého pacienta je rozhodnutí ve věci *Re B (A Minor) (Wardship: Medical Treatment)*.<sup>70</sup> Jednalo se o případ novorozence narozeného s Downovým syndromem, trpícího akutní neprůchodností střev. Ta dle názorů ošetřujících lékařů mohla být operativně řešena. Rodiče operaci odmítli. Lékaři proto žádali soud, aby rozhodl, zda zákrok má nebo nemá být proveden. Soudce Templeman LJ uvedl: „*Je povinností soudu, aby rozhodl, zda by život dítěte byl i přes provedení operace prokazatelně neúnosný, a bylo by tudíž v nejlepším zájmu dítěte nechat jej umřít, nebo zda s ohledem na aktuální zdravotní stav dítěte nyní nelze předpovědět budoucí vývoj, a bylo by proto nepřijatelné rozhodnout o neprovedení zákroku, a odsoudit tak dítě na smrt. (...) Tváří v tvář této volbě nemám pochyb o tom, že je povinností soudu rozhodnout tak, že toto dítě musí žít.*“<sup>71</sup>

Dále v rozhodnutí však Templeman LJ dodává, že mohou existovat případy „*prokazatelně závažného poškození, které s jistotou bude znamenat, že život dítěte bude plný bolesti a utrpení*“.<sup>72</sup> V takovém případě by soud musel zvažovat, zda by nezahájení život udržující léčby nebylo v nejlepším zájmu dítěte spíše než její zahájení.

Ačkoliv tak nečiní explicitně, Templeman LJ ve svém rozhodnutí nabízí jednu z prvních judikatorních formulací marné léčby. Dle jeho vyjádření lze uvažovat o nezahájení léčby v případě, kdy *život nezletilého pacienta bude i přes poskytnutou léčbu plný bolesti a utrpení*. Zdůrazňuje tak otázku kvality života s ohledem na bolest a utrpení, které jsou spojeny s onemocněním, a připouští, že toto kritérium může s ohledem na okolnosti případu převážit nad požadavkem prodlužování života nezletilého pacienta.

Na případ *Re B (A Minor) (Medical Treatment)* navazují další rozhodnutí Lorda Donaldsona, která staví na formulaci marné léčby Templemana LJ a dále ji rozpracovávají. Za významné

---

<sup>70</sup>*Re B (A Minor) (Wardship: Medical Treatment)* [1990] 3 All ER 927 UK, [1981] 1 WLR 1421.

<sup>71</sup> *Ibid.*, bod 1424.

<sup>72</sup> *Ibid.*



Ize považovat zejména rozhodnutí ve věci *Re J (A Minor) (Wardship: Medical Treatment)*,<sup>73/74</sup> kdy soud řešil případ nezletilého pacienta narozeného v 27. týdnu těhotenství se závažným poškozením mozku. Pacient trpěl opakovanými epileptickými záchvaty, ošetřující lékaři předpokládali rozvoj závažné spastické kvadruplegie, slepoty a dalších přidružených komplikací. Lékaři zároveň předpokládali, že pacient bude schopen cítit bolest. Řešenou otázkou bylo, zda pacienta v případě nutnosti napojit na umělou plicní ventilaci, nebo zda lze ventilační podporu nezačít. Soud judikoval, že s ohledem na budoucí kvalitu života nezletilého pacienta a s ohledem na bolest a diskomfort spojený s pokračující léčbou lékaři nebyli povinni ventilační podporu zahájit.

V *obiter dictum* pak soud vymezil tři základní kroky, které soud musí učinit před tím, než rozhodne o nezačínání nebo ukončení život udržující léčby. Nejprve soud musí mít na paměti, že rozhodujícím kritériem pro jeho rozhodnutí je nejlepší zájem dítěte. Tento zájem musí vždy převážet nad zájmem rodičů i nad zájmem ošetřujících lékařů. Soud musí dále pamatovat na to, že obecně má medicína směřovat k udržení života pacienta. Snaha lékařů tak má směřovat primárně k tomuto cíli a teprve v okamžiku, kdy je zřejmé, že život pacienta nemůže být zachráněn, má být zvažována kvalita života pacienta s ohledem na poskytnutou léčbu, resp. bolest a diskomfort, které pacientovi přinese. Pokud existuje odůvodněný předpoklad, že nezletilý pacient by svůj život s pokračující léčbou hodnotil jako prokazatelně hrozný („demonstrably awful“) nebo jako nesnesitelný („intolerable“), lze přistoupit k rozhodnutí, že taková léčba nemusí být zahájena nebo může být ukončena.

Na tomto místě Lord Donaldson zdůrazňuje, že je to právě a pouze perspektiva nezletilého pacienta, která je relevantní. Jinými slovy, není rozhodující, jak kvalitu života pacienta hodnotí lékaři, rodiče nebo soud. Rozhodující je, jak ji hodnotí nezletilý pacient, je-li schopen se v tomto smyslu vyjádřit, nebo jak lze důvodně předpokládat, že by ji hodnotil, kdyby se v tomto smyslu mohl vyjádřit. Svou úvahu Lord Donaldson uzavírá slovy: „*Budou existovat případy, kdy nebude v zájmu dítěte pokračovat v léčbě, která jen znásobí jeho utrpení a nepřinese žádný benefit. I v těchto případech je však třeba mít stále na paměti obecnou touhu jakéhokoliv dítěte, a lidstva obecně, žít.*“<sup>75</sup>

---

<sup>73</sup> *Re J (A Minor) (Wardship: Medical Treatment)* [1990] 3 All ER 930, [1991] 2 WLR 140, [1992] 1 FLR.

<sup>74</sup> Srov. *Re C (A Minor) (Wardship: Medical Treatment)* [1989] 2 All ER 782.

<sup>75</sup> *Ibid.*

Rozhodnutí soudů následující po roce 2000 zcela konzistentně připomínají několik zásadních bodů.<sup>76</sup> Soudy v první řadě stále opakují, že v kontextu rozhodování o nezahájení nebo ukončení život udržující léčby je jediným kritériem nejlepší zájem dítěte. Nejlepší zájem dítěte může v konkrétním případě nabývat různé podoby a je na soudech, aby v co největším možném rozsahu zvažily veškeré faktory, které v řešeném případě vstupují do hry. Konečným arbitrem toho, co je v nejlepším zájmu dítěte, je soud, nikoliv rodiče. I nadále soudy zdůrazňují, že snaha zachránit, resp. udržet život nezletilého pacienta zůstává primárním cílem medicíny. Jedním dechem však připouští, že prodloužení pouhé biologické existence nemusí mít absolutní hodnotu a že mohou existovat případy, kdy bolest, utrpení a diskomfort, které přináší léčba nebo onemocnění samotné, jsou natolik významné, že lze uvažovat o nezahájení nebo nepokračování život udržující léčby. Za relevantní vodítko pro rozhodování soudu v kontextu poskytování péče v závěru života je i nadále považováno kritérium vymezené Templemanem LJ ve věci *Re B (A Minor)*, tedy kritérium „snositelnosti“ života nezletilého pacienta.

V tomto smyslu se soudy vyjadřují ve věci *Re C (a minor) (wardship: medical treatment)*,<sup>77</sup> *Re C (A Minor) (Medical Treatment)*,<sup>78/79</sup> *Re Winston-Jones (a child) (medical treatment: parents'*

---

<sup>76</sup> Přehledně shrnutí předešlé judikatury do deseti základních bodů nabízí Holman J ve svém rozhodnutí ve věci *MB* [2006] 2 FLR 319;(2006) 99 BMLR 98.

„(i) *the court must arbitrate on a treatment decision and exercise its own independent and objective judgment when asked to do so by one or both parties,*

*(ii) this right and power only arises because the patient lacks the capacity to make a personal decision,*

*“(iii) substituted judgment has no place in decision making, nor does the court decide on the reasonableness of the doctors’ or parents’ decisions,*

*(iv) the matter must be decided on the basis of an objective approach or test,*

*(v) that test is the best interests of the patient – best interests being used in the widest sense,*

*(vi) the court must do its best to balance all the conflicting considerations in a particular case and see where the final balance of the best interests lies,*

*(vii) considerable weight must be attached to the prolongation of life but the principle is not absolute and may be outweighed if the pleasures and the quality of life are sufficiently small and the pain and suffering or other burdens of living are sufficiently great,*

*(viii) the principal authority for these consideration lies in the words of Lord Donaldson in Re J (a minor) (wardship: medical treatment),*

*(ix) all these cases are very fact specific,*

*(x) the views and opinions of both the doctors and the parents must be carefully considered the parents’ wishes, however, are wholly irrelevant to consideration of the objective best interests of the child save to the extent that they may illuminate the quality and value to the child of the child-parent relationship.”*

<sup>77</sup>*Re C (a minor) (wardship: medical treatment)* [1989] 2 All ER 782.

<sup>78</sup>*Re C (A Minor) (Medical Treatment)* [1998] Lloyd’s Rep Med 1 (Fam Div).

<sup>79</sup> Sir Stephen Brown P v rozhodnutí uvádí: *“There is no issue in this case that this is a fatal disease and that in real terms this little child is approaching death. (...) Although she is conscious there is the prospect of increasing suffering as the days go by. The doctors are all of the view that it would be in her best interests that she be removed from ventilation and that in the event of what they believe to be an inevitable respiratory arrest it would follow that she should not be placed on ventilation which would of itself give rise to increased suffering and distress”.*

consent),<sup>80</sup> *Re Wyatt (A Child) (Medical Treatment: Parent's Consent)*,<sup>81</sup> *An NHS Trust v B*,<sup>82</sup> *Re K (A Minor)*,<sup>83/84</sup> *NHS Trust v Baby X*,<sup>85/86</sup> *Great Ormond Street Hospital v Yates*<sup>87</sup> nebo *Alder Hey NHS Trust v Evans*.<sup>88</sup>

Poslední dva z uvedených případů (případy zkráceně označované jako „Charlie Gard“ a „Alfie Evans“) přilákaly veliké množství jak mediální, tak akademické pozornosti. Dosavadní rozhodovací praxe tak byla obsáhle diskutována a zpochybňována. Přesto soudy v obou případech zcela konzistentně s ustálenou rozhodovací praxí rozhodly o možnosti ukončit život udržující léčbu, neboť ji nepovažovaly za léčbu, která by byla v nejlepším zájmu nezletilých pacientů Charlieho Garda a Alfieho Evanse.

V případě *Great Ormond Street Hospital v Yates* řešil soud otázku ukončení umělé plicní ventilace, vysazení umělé hydratace a výživy a nezahájení experimentální nukleosidové terapie u nezletilého pacienta, Charlieho Garda, kterému bylo diagnostikováno nevléčitelné genetické onemocnění (encephalopathy mitochondrial DNA depletion syndrome). Příklad byl do určité míry specifický v tom, že rodiče netrvali na pokračování umělé plicní ventilace a umělé hydratace a výživy proto, že by byli přesvědčeni o přínosu této léčby, ale proto, že chtěli Charlieho udržet při životě, aby mohl být transportován na pracoviště ve Spojených státech amerických, které nabídlo poskytnout uvedenou experimentální léčbu.

---

<sup>80</sup>*Re Winston-Jones (a child) (medical treatment: parent's consent)* [2004] All ER (D) 313.

<sup>81</sup>*Re Wyatt (A Child) (Medical Treatment: Parent's Consent)* [2004] EWHC 2247 (Fam).

<sup>82</sup>*An NHS Trust v B* [2006] EWHC 507 (Fam).

<sup>83</sup>*Re K (A Minor)* [2006] EWHC 1007 (Fam).

<sup>84</sup> Sir Mark Potter P v odůvodnění rozhodnutí uvádí: “*On the evidence before me there is no realistic sense in which one can assign to her the simple pleasure of being alive or having other than life dominated by regular pain, distress and discomfort and unrelieved by the pleasures of eating. (...) I have no doubt that it would not only be a mercy, but it is in her best interests, to cease to provide total parenteral nutrition so that she may die in peace.*”

<sup>85</sup>*NHS Trust v Baby X* [2012] EWHC 2188 (Fam).

<sup>86</sup> Hedley J své rozhodnutí odůvodňuje následovně: “*The essence of the reasoning which supports this conclusion is as follows. I recognise the desire to preserve life as the proper starting point to which I add that X is very probably unaware of any burden in his continued existence. Against that, secondly, I have set both his unconsciousness or unawareness of self, others or surroundings and the evidence that any discernible improvement is an unrealistic aspiration. Thirdly, I have acknowledged his ability to continue for some time yet on ventilation but have balanced that with the risk of infection or other deterioration and the desire to avoid death in isolation from human contact. Fourthly, having accepted that treatment serves no purpose in terms of improvement and has no chance of affecting it, I have taken into account its persistent, intense and invasive nature. (...) Essentially for those reasons and on that balance, I reach the conclusion that X should be treated on the basis of palliative care.*”

<sup>87</sup>*Great Ormond Street Hospital v Yates* [2017] EWHC 1909 (Fam).

<sup>88</sup>*Alder Hey NHS Trust v Evans* [2018] EWHC 308 (Fam).

Soudce Francis J ve svém rozhodnutí odkazuje na předchozí judikaturu, včetně rozhodnutí ve věci *Wyatt v. Portsmouth NHS Trust* a ve věci *Aintree University Hospital NHS Foundation Trust v. James*.<sup>89</sup> Cituje mimo jiné následující pasáž z *obiter dicta* rozhodnutí nejvyššího soudu ve věci *Aintree*:

*„V rámci rozhodování o nejlepším zájmu konkrétního pacienta, osoba, která rozhoduje, musí na to, co je v nejlepším zájmu, nahlížet v nejširším možném kontextu. Musí zvážit jak medicínskou stránku věci, tak aspekty sociální a psychologické. Musí zvážit, co léčba, o níž rozhoduje, s sebou nese a jaká je šance na její úspěch. Musí se pokusit vžít se do situace pacienta a zeptat se sama sebe, jak by se v této situaci, být na pacientově místě, rozhodla.“*<sup>90</sup>

Své úvahy Francis J uzavírá slovy:

*„Je zde jednoznačná shoda mezi všemi lékaři a odborníky, kteří byli vyslechnuti, že nukleosidová terapie je v případě Charlieho marnou léčbou. (...) Je zde jednoznačná shoda mezi těmito odborníky, že nukleosidová terapie nedokáže zvrátit poškození mozku, které Charlie v důsledku svého onemocnění utrpěl. (...) Navrhovaná experimentální léčba nemůže být v nejlepším zájmu Charlieho, neboť nemá potenciál přinést jakýkoliv benefit. (...) Test, který je třeba aplikovat, je test nejlepšího zájmu Charlieho, nikoliv test nejlepšího zájmu medicínského výzkumu.“*<sup>91</sup>

Soud rozhodl o ukončení umělé plicní ventilace, umělé hydratace a výživy a nezahájení nukleosidové terapie. Po necelém půlroce soudních sporů byl Charlie převezen z Great Ormond Street Hospital do hospicového zařízení, kde o den později zemřel.

V případě *Alder Hey NHS Trust v Evans* se soud zabýval otázkou ukončení umělé plicní ventilace nezletilého pacienta, Alfieho Evanse, kterému bylo diagnostikováno nevyléčitelné neurodegenerativní onemocnění (GABA-transaminase deficiency). Dle vyjádření ošetřujících lékařů neexistovala jakákoliv šance na vyléčení. Zdravotní stav Alfieho označili jako semi-vegetativní stav. Opakovaně vyslovili obavu, že pokračující intenzivní léčba a opakované záchvaty působí Alfiemu bolest a dyskomfort.

---

<sup>89</sup>*Aintree University Hospital NHS Foundation Trust v. James* [2013] UKSC 67.

<sup>90</sup>*Great Ormond Street Hospital v Yates* [2017] EWHC 972 (Fam), bod 41.

<sup>91</sup> *Ibid.* bod 12.

Soudce Hayden J ve svém rozhodnutí cituje pasáž z doporučení RCPCH k situacím, kdy nezletilý pacient není schopen vnímat přínos léčby spočívající v prodloužení jeho života. Dle doporučení lze zejména u pacientů v permanentním vegetativním stavu nebo ve stavu minimálního vědomí zvažovat ukončení život udržující léčby, neboť léčba v jejich případě pouze prodlužuje život, nemá však potenciál pacienta uzdravit. Hayden J, podobně jako Francis J v případě Charlie Gard, odkazuje na rozhodnutí ve věci *Aintree University Hospital NHS Foundation Trust v. James*. Zmiňuje rovněž argumentaci vyjádřenou ve věci *Great Ormond Street Hospital v Yates a Kings College Hospital Foundation Trust v Haastrup*.<sup>92</sup>

V souladu s uvedeným doporučením a závěry vyjádřenými v předešlých soudních rozhodnutích Hayden J rozhodl, že umělá ventilační podpora může být ukončena. Uvedl, že stejně jako soudci před ním, musí i on své rozhodnutí činit podle toho, co je v nejlepším zájmu Alfieho.<sup>93</sup>

### ***Zletilí pacienti nezpůsobí právně jednat***

V souladu s ustanoveními Mental Capacity Act 2005 se způsob poskytování zdravotních služeb nesvéprávným pacientům řídí obdobně jako v případě poskytování zdravotních služeb nezletilým pacientům testem nejlepšího zájmu pacienta.<sup>94</sup> Mental Capacity Act 2005 zároveň vyžaduje, aby způsob poskytování zdravotních služeb byl vždy zvolen tak, aby v co nejmenší míře omezoval práva a svobody pacienta (least restrictive alternative principle).<sup>95</sup> Section 4 Mental Capacity Act 2005 upravuje, jaké konkrétní kroky má lékař učinit v situacích, kdy rozhoduje o (ne)poskytnutí zdravotních služeb nesvéprávným pacientům tak, aby zvolil variantu, která bude v nejlepším zájmu pacienta a nejméně omezující. Lékař má povinnost:

1. Posoudit, zda je nesvéprávnost pacienta trvalá nebo dočasná. Pokud se lékaři jeví stav pacienta jako přechodný, má povinnost s ohledem na konkrétní okolnosti odložit poskytnutí zdravotních služeb do doby, než bude pacient způsobilý (ne)udělit souhlas (formulace *s ohledem na konkrétní okolnosti* naznačuje, že se mohou objevit situace, kdy poskytnutí

---

<sup>92</sup> *King's College Hospital Foundation Trust v Haastrup* [2018] EWHC.

<sup>93</sup> Francis J v *Great Ormond Street Hospital v Yates* uvedl: "As the authorities to which I have already made reference underline again and again, the sole principle is that the best interests of the child must prevail and that must apply even to cases where parents, for the best of motives, hold on to some alternative view."

<sup>94</sup> Section 1(5) Mental Capacity Act 2005.

<sup>95</sup> Section 1(6) Mental Capacity Act 2005.

zdravotních služeb odkládáno být nemůže, např. nutnost poskytnutí neodkladné péče bez možnosti získat zástupný souhlas).

2. Umožnit pacientovi v co největší možné míře účast na rozhodovacím procesu.
3. Vzít v potaz minulé i současné přání pacienta, zvážit, jaké hodnoty pacient vyznává a jakým způsobem by se rozhodoval, kdyby byl svéprávný, zvážit jakékoliv další faktory, které by pacient pravděpodobně zvažoval.
4. Konzultovat svůj postoj s osobou zastupující pacienta, s osobou, která o pacienta pečuje nebo se zajímá o blaho pacienta.<sup>96</sup>

Ve vztahu k posouzení nejlepšího zájmu pacienta existuje značné množství soudních rozhodnutí. Z těch nejvýznamnějších lze uvést případ *A Local Authority v K* 2013,<sup>97</sup> *A London Local Authority v JH* 2011,<sup>98</sup> *A Local Authority v E* 2012,<sup>99</sup> *Re M* 2011,<sup>100</sup> *AVS v NHS Foundation Trust* 2011,<sup>101</sup> *An NHS Trust v K* 2012,<sup>102</sup> *A Primary Care Trust v P* 2008,<sup>103</sup> *Re A (Medical Treatment: Male Sterilization)*<sup>104</sup> a *Re Y (Mental Patient: Bone Marrow Donation)*.<sup>105</sup>

S ohledem na kontext poskytování zdravotních služeb v závěru života pacienta je však za relevantní třeba považovat především případ *Airdale NHS Trust v Bland*,<sup>106</sup> *NHS Trust A v M, NHS Trust B v H*,<sup>107</sup> *Re R (Adult: Medical Treatment)*,<sup>108</sup> *An NHS Trust v DJ*,<sup>109</sup> *NHS Trust v L*,<sup>110</sup> *R (on the application of Burke) v General Medical Council*,<sup>111</sup> *An NHS Trust v A*<sup>112</sup> nebo *Re M*.<sup>113</sup>

Případ *Airdale NHS Trust v Bland* byl prvním případem, kdy britský soud rozhodl o ukončení umělé hydratace a výživy u pacienta v permanentním vegetativním stavu, a postavil tak základ

---

<sup>96</sup> Section 4 Mental Capacity Act 2005 2005.

<sup>97</sup> *A Local Authority v K* [2012] EWHC 242 (COP).

<sup>98</sup> *A London Local Authority v JH* [2011] EWHC 2420 (COP).

<sup>99</sup> *A Local Authority v E* [2012] EWHC 1693 (Fam).

<sup>100</sup> *Re M* [2011] EWHC 2443 (COP).

<sup>101</sup> *AVS v NHS Foundation Trust* [2011] EWCA Civ 7.

<sup>102</sup> *An NHS Trust v K* [2012] EWHC 2922 (COP).

<sup>103</sup> *A Primary Care Trust* [2008] EWHC 1403 (Fam).

<sup>104</sup> *Re A (Medical Treatment: Male Sterilisation)* [2000] 1 FLR 549.

<sup>105</sup> *Re Y (Mental Patient: Bone Marrow Donation)* [1996] 2 FLR 787.

<sup>106</sup> *Airdale NHS Trust v Bland* [1993] AC 789 (HL).

<sup>107</sup> *NHS Trust A v M, NHS Trust B v H* [2001] Fam 348 (Fam Div).

<sup>108</sup> *Re R (Adult: Medical Treatment)* [1996] 2 FLR 99 (Fam Div).

<sup>109</sup> *An NHS Trust v DJ* [2012] EWHC 3524 (COP).

<sup>110</sup> *NHS Trust v L* [2012] EWHC 2741 (COP).

<sup>111</sup> *Re (on application of Burke) v General Medical Council* [2005] EWCA Civ 1003.

<sup>112</sup> *An NHS Trust v A* [2005] EWCA Civ 1145.

<sup>113</sup> *Re M* [2011] EWHC 2443 (Fam).



pro budoucí rozhodovací praxi nejen v souvislosti s pacienty v permanentním vegetativním stavu, ale obecněji v souvislosti s pacienty, u nichž neexistovala reálná šance na vyléčení.

Řešenou otázkou v případě *Airdale NHS Trust v Bland* nebyla pouze otázka, zda je v nejlepším zájmu pacienta žít v permanentním vegetativním stavu, ale rovněž otázka, zda lze z pohledu práva rozlišit nezahájení a ukončení život udržující léčby, a zda umělou hydrataci a výživu lze považovat za život udržující léčbu v tom smyslu, že lze rozhodnout o jejím nezahájení nebo ukončení. Na tomto místě se zaměřím pouze na první z uvedených otázek. K otázce rozdílu mezi nezahájením a ukončením léčby a otázce povahy umělé hydratace a výživy se vrátím v dalších kapitolách této práce.

Jak jsem již naznačila shora, soud v případě *Airdale* rozhodl o možnosti ukončit umělou hydrataci a výživu. Lord Mustill ve svém vyjádření uvádí, ačkoliv ukončení života pacienta nemůže být hodnoceno jako postup v jeho nejlepším zájmu, ani pokračování umělé hydratace a výživy, které pacienta drží ryze uměle při životě, zjevně není takovým postupem. Lord Keith uvádí: „*V případě pacienta, který již nikdy nebude schopen cokoliv vnímat, který, pokud bude žít dál, nikdy nepocítí jakýkoliv diskomfort, je těžké, ne-li nemožné, relevantně porovnat jeho současnou existenci a absenci této existence. Je však zřejmě přípustné říci, že pro pacienta s nulovou kognitivní kapacitou a nulovou šancí na vyléčení je zcela bez rozdílu, zda bude dále žít nebo zda zemře. (...) Z mého pohledu je tedy přípustné ukončit jakoukoliv život udržující léčbu, a to s ohledem na skutečnost, že je nad vší pochybnost, že léčba nemůže pacienta vyléčit, že mu nepřináší jakýkoliv benefit, který by byl pacient schopen vnímat, a rovněž s ohledem na skutečnost, že léčba představuje invazivní manipulaci s tělem pacienta, ke které nedal souhlas.*“<sup>114</sup>

V duchu naznačené argumentace soud uzavřel, že pokračující život udržující léčba je futilní, neboť nemá potenciál pacienta vyléčit, nepřináší mu jakýkoliv benefit, který by byl pacient schopen vnímat, a že tudíž nemůže být v nejlepším zájmu pacienta. Tento závěr se pochopitelně neobešel bez rozsáhlé diskuze v akademických kruzích a medicínské komunitě.

McLean, kupříkladu, oponuje a uvádí: „*Účelem umělé hydratace a výživy je udržet pacienta naživu. Ani u pacientů v permanentním vegetativním stavu ani u jiných umírajících pacientů*

---

<sup>114</sup> *Airdale NHS Trust v Bland* [1993] AC 789 (HL).

není cílem umělé hydratace a výživy vyléčit základní onemocnění pacienta. Bez ohledu na kvalitu života pacienta, který je díky umělé hydrataci a výživě prodlužován, nelze argumentovat, že taková léčba je léčbou marnou. Umělá hydratace a výživa totiž zjevně dosahuje svého cíle, kterým je udržení pacienta naživu.“<sup>115</sup> Dresser uvádí, že bez ohledu na to, do jaké míry považujeme test nejlepšího zájmu pacienta za vhodný nástroj pro rozhodování o ukončení život udržující léčby, v případech pacientů v permanentním vegetativním stavu, kteří nevyjádřili své preference a svá přání předem, je prakticky nemožné činit závěr o nejlepším zájmu pacienta z jeho vlastní perspektivy a vyhnout se zohlednění představy o tom, jaký život by si člověk představoval pro sebe. Posouzení nejlepšího zájmu pacienta v permanentním vegetativním stavu v sobě tedy nutně, a zcela přirozeně, zahrnuje zohlednění obecnější představy o tom, jaká míra kvality života je třeba, aby bylo možné říci, že takový život stojí za to žít.<sup>116/117</sup>

Přes veškerou kontroverzi, která případ *Airdale* provázela, rozhodnutí v této věci zůstává jedním z nejzásadnějších rozhodnutí v kontextu rozhodování o ukončení život udržující léčby. Další judikatura je postavena právě na argumentaci obsažené v tomto rozhodnutí a rozsáhle ji cituje.

V případě *NHS Trust A v M, NHS Trust B v H Dame Elizabeth Buler-Sloss P* ve svém rozhodnutí k možnosti ukončit umělou hydrataci a výživu u pacienta v permanentním vegetativním stavu s odkazem na rozhodnutí ve věci *Airdale* zdůrazňuje, že existuje povinnost poskytnout život udržující léčbu v případech, kdy, dle převládajícího medicínského názoru, může pacientovi přinést benefit. Neexistuje však žádná povinnost poskytnout život udržující léčbu, která je dle převládajícího medicínského názoru hodnocena jako marná. Taková léčba není v nejlepším zájmu pacienta. Rozhodnutí nijak dále nerozpracovává, z jakého důvodu má být život udržující léčba v podobě umělé hydratace a výživy u pacienta v permanentním vegetativním stavu hodnocena jako marná, resp. nevymezuje konkrétní kritéria pro hodnocení léčby jako marné. Spokojuje se s autoritou rozhodnutí ve věci *Airdale* a závěrem, že život udržující léčba u pacienta v permanentním vegetativním stavu nemá potenciál pacienta vyléčit,

---

<sup>115</sup> McLean, S. From Bland to Burke: The Law and Politics of Assisted Nutrition and Hydration in McLean, S. *First Do No Harm*. Ashgate: Dartmouth, 2006, str. 431 – 446.

<sup>116</sup> Dresser, R. Missing Persons: Legal Perceptions of Incompetent Patients. *Rutger Law Review*. 1994, 46(2), str. 609 – 719.

<sup>117</sup> Podrobněji např. Keown, J. Restoring Moral and Intellectual Shape to the Law after *Bland*. *Law Quarterly Review*. 1997, 113, str. 482 – 503.



nepřináší mu benefit, který by byl pacient schopen vnímat, a není tak v nejlepší zájmu pacienta, aby taková léčba pokračovala.

V případě *Re R (Adult: Medical Treatment)*<sup>118</sup> Sir Stephen Brown P rozhodl o možnosti nezahájit kardiopulmonální resuscitaci. Vysvětluje, že s ohledem na skutečnost, že kardiopulmonální resuscitace je zákrokem invazivním, při němž může být pacient zraněn, lze uvažovat o jejím nezahájení, pokud neexistuje medicínsky odůvodněný předpoklad, že by resuscitace mohla být úspěšná, a mohla tak pacientovi přinést benefit převažující nad způsobenou bolestí nebo jinými komplikacemi, které jsou s resuscitací spojeny. Za těchto okolností je kardiopulmonální resuscitace léčbou marnou, a nelze ji považovat za léčbu, která je v nejlepším zájmu pacienta. Soud tedy na rozdíl od předešlého rozhodnutí odůvodňuje svou úvahu o marnosti léčby a závěr, že léčba je marná, staví na porovnání možného přínosu léčby a zátěže, která je s léčbou spojena.

Podrobnější rozpracování úvahy o marnosti léčby nabízí Peter Jackson J ve věci *An NHS Trust v DJ*,<sup>119</sup> kde zvažuje, do jaké míry léčba může přispět alespoň k udržení stávající kvality života pacienta a do jaké míry existuje medicínsky odůvodněný předpoklad zlepšení zdravotního stavu pacienta. V této souvislosti Peter Jackson J zdůrazňuje, že zlepšení zdravotního stavu pacienta nemusí nutně znamenat úplné uzdravení, musí se však jednat o takové zlepšení zdravotního stavu, které by pacient s ohledem na kvalitu svého života vnímal jako smysluplné. Přínos léčby s ohledem na potenciál zlepšení zdravotního stavu pacienta je pak třeba porovnat se zátěží, kterou léčba pacientovi přináší. Jako marná může být hodnocena taková léčba, kterou by si pro sebe pacient po zvážení přínosů léčby a zátěže s ní spojené nepřál.<sup>120</sup>

Jakkoliv v uvedených rozhodnutích opakovaně zaznívá požadavek, aby nejlepší zájem pacienta byl hodnocen vždy z jeho perspektivy, aby v rámci úvahy o nejlepším zájmu byly zohledněny hodnoty, které pacient vyznává, a jakékoliv další faktory, který by pacient vzal v úvahu, pokud by se rozhodoval sám, nelze nezapochybovat, zda se toho přístupu soudy skutečně drží.

Tato pochybnost může být velmi zřejmá v případech, kdy pacient s ohledem na své náboženské vyznání opakovaně vyjádřil přání, aby mu byla poskytována jakákoliv život udržující léčba bez

---

<sup>118</sup>*Re R (Adult: Medical Treatment)* [1996] 2 F. L. R. 99.

<sup>119</sup>*An NHS Trust v DJ* [2012] EWCOP 3524.

<sup>120</sup>Srov. *NHS Trust v L* [2012] EWHC 2741 (COP).

ohledu na bolest nebo diskomfort, které mohou být s léčbou spojeny. Lékaři však život udržující léčbu hodnotili jako léčbu marnou.

V případě *R (on the application of Burke) v General Medical Council*<sup>121</sup> nebo případu *An NHS Trust v A*<sup>122</sup> soud navzdory explicitním přáním pacienta rozhodl o možnosti ukončit život udržující léčbu, neboť lékaři léčbu hodnotili jako marnou. V *R (on the application of Burke) v General Medical Council* Lord Philips vysvětluje, že ačkoliv bezpochyby existuje právo pacienta odmítnout život udržující léčbu, neexistuje právo pacienta vyžadovat život udržující léčbu, kterou lékař hodnotí jako futilní. K obdobnému závěru došel soud také v případě *An NHS Trust v A*.

Z uvedené argumentace soudů je patrné, že navzdory proklamované významnosti preferencí pacienta, je to ve výsledky velmi často nikoliv pacient, ale lékař, kdo rozhoduje, jaká léčba bude pacientovi poskytnuta (tedy alespoň v situacích, kdy lze předpokládat, že by si pacient určitou život udržující léčbu přál, avšak lékař ji poskytovat nechce, neboť není přesvědčen o tom, zda léčba může přinést zlepšení zdravotního stavu pacienta, zlepšení nebo alespoň udržení stávající kvality života pacienta, o tom, zda léčba pacientovi nepřináší spíše bolest, diskomfort a další strádání apod.). Vyjádření lékaře pak do značné míry determinuje, jakým způsobem bude soud nazírat nejlepší zájem pacienta. Pokud je lékař přesvědčen o marnosti život udržující léčby, bude mít soud zcela jednoznačnou tendenci přidržet se úsudku lékaře a rozhodnout podle něho.

#### 2.4.2 *Spojené státy americké*

Jak jsem již naznačila, s ohledem na složitější strukturu soudnictví americká rozhodovací praxe není natolik konzistentní jako rozhodovací praxe britská. Většina případů totiž zůstává řešena na úrovni jednotlivých států americké federace, nikoli na úrovni federální. Národní soudy si tak utváří vlastní rozhodovací praxi a nezdědka můžeme být svědky zajímavé „debaty“ mezi jednotlivými národními soudy, resp. kritiky mezi národními soudy navzájem.

---

<sup>121</sup>*R (on the application of Burke) v General Medical Council* [2005] EWCA Civ 1003.

<sup>122</sup>*An NHS Trust v A* [2014] EWHC 1445 (Fam).

V kontextu rozhodování o nezahájení nebo ukončení život udržující léčby se americké soudy v minulosti nezabývaly ani tak otázkou, jak definovat marnou léčbu, jako spíše otázkou, kdo má být konečným arbitrem toho, co je a co není marnou léčbou pro konkrétního pacienta. I v tomto kontextu je zřejmá uvedená nejednotnost rozhodovací praxe na úrovni jednotlivých národních soudů.<sup>123</sup>

V přelomovém rozhodnutí ve věci *Re Quinlan*<sup>124</sup> nejvyšší soud státu New Jersey judikoval, že otázka, zda se jedná o marnou léčbu, má být rozhodována ošetřujícími lékaři. Z pohledu nejvyššího soudu pouze lékaři disponují dostatečnými znalostmi a zkušenostmi, aby tuto otázku zodpověděli. Nelze-li sporné situace vyřešit v dialogu s blízkými pacienta, lze využít pomoci nemocniční etické komitě. Odpovědnost za konečné rozhodnutí však nelze rutinně přenášet na soudy, neboť soudům nenáleží hodnotit otázky medicínské a etické povahy.<sup>125</sup>

Nejvyšší soud státu Massachusetts ve věci *Superintendent of Belchertown State School v. Saikewicz*<sup>126</sup> přístup nejvyššího soudu státu New Jersey, kdy hodnocení marné léčby zůstává v rukou lékařů, rezolutně odmítl. Uvedl, že naopak jsou to soudy, které musí disponovat konečnou rozhodovací pravomocí v otázkách nezahájení nebo ukončení život udržující léčby a hodnocení léčby jako marné, neboť právě a pouze soudy představují instituci, která může zajistit nestranné a nezávislé rozhodování.<sup>127</sup> Toto rozhodnutí vyvolalo velikou vlnu diskuzí, neboť jedna z možných interpretací rozhodnutí by znamenala povinnost lékařů jakýkoliv případ nezahájení nebo ukončení život udržující léčby předložit k rozhodnutí soudu.

Nejvyšší soud státu Massachusetts své předešlé rozhodnutí ve věci *Superintendent of Belchertown State School v. Saikewicz* zpřecizoval v případě *Re Dinnerstein*.<sup>128</sup> Odlišil situace, které lékař dle svého klinického úsudku hodnotí jako beznadějně, ryze fyziologicky futilní, a

---

<sup>123</sup> Srov. The Charlie Gard case: British and American approaches to court resolution of disputes over medical decisions, str. 2.

<sup>124</sup> *Re Quinlan*, 70 N. J. 10, 355 A. 2d 647, 1976.

<sup>125</sup> Soud uvedl: “*The nature, extent and duration of care by societal standards is the responsibility of a physician. The morality and conscience of our society places this responsibility in the hands of the physician. What justification is there to remove it from the control of the medical profession and place it in the hands of the courts? (...) A practice of applying to a court to confirm such decisions would generally be inappropriate, not only because that would be a gratuitous encroachment upon the medical profession's field of competence, but because it would be impossibly cumbersome.*”

<sup>126</sup> *Superintendent of Belchertown State School v. Saikewicz* 370 N. E. 2d 417 (1977).

<sup>127</sup> Soud uvádí: “*We take a dim view of any attempt to shift the ultimate decision-making responsibility away from the duly established courts of proper jurisdiction to any committee, panel or group, ad hoc or permanent.*”

<sup>128</sup> *Re Dinnerstein* (6 Mass. App. Ct. 466, 1978, Norfolk County).

situace, kdy existuje naděje na zlepšení zdravotního stavu, ale není jisté, zda by pacient léčbu přesto neodmítl s ohledem na bolest nebo diskomfort, které jsou s léčbou spojeny. V prvním případě není ingerence soudu nutná, otázka nezahájení nebo ukončení život udržující léčby může být toliko předmětem ex post přezkumu v rámci řízení o náhradu újmy na zdraví, v druhém případě ingerence soudu nutná je. Ač zcela neexplicitně, soud tak odlišil kategorii fyziologické futility, jakožto doménu objektivní, medicínské úvahy, a kategorii kvalitativní, resp. normativní futility, jakožto doménu úvahy subjektivní.

V řešeném kontextu soud uvedl, že rozhodnutí o nezahájení kardiopulmonální resuscitace u pacienta v terminálním stavu je rozhodnutím spadajícím do první kategorie.<sup>129</sup> Odkázal přitom na odborné doporučení k poskytování kardiopulmonální resuscitace (Standards for Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) and Emergency Cardiac Care), které uvádí, že účelem kardiopulmonální resuscitace je zabránit náhlé, neočekávané smrti. Kardiopulmonální resuscitace není indikovaná v případě nevléčitelného onemocnění v terminálním stádiu, kdy smrt není neočekávaná. Resuscitace v tomto případě může představovat neoprávněný zásah do práva pacienta na důstojnou smrt.<sup>130</sup>

Odlíšný kontext nabídl případ *Re Conservatorship of Wanglie*,<sup>131</sup> kde minnesotský soud rozhodoval o ukončení život udržující léčby u pacientky v permanentním vegetativním stavu. Rozhodnutí v této věci je významné proto, že soud explicitně vyjadřuje závěr, že lékař není povinen poskytovat léčbu, kterou hodnotí jako marnou ve smyslu přílišné zátěže nebo žádného benefitu léčby pro pacienta. Soud zde cituje doporučení *On the ethics of forgoing life-sustaining treatment in the critically ill* vydané *Society of Critical Care Medicine*.<sup>132</sup>

Doporučení uvádí, že léčba, která pacientovi nemůže přinést žádný benefit a pouze prodlužuje umírání, nemá být poskytována. Pacienti v permanentním vegetativním stavu nemají být

---

<sup>129</sup> "It presents a question peculiarly within the competence of the medical profession of what measures are appropriate to ease the imminent passing of an irreversibly, terminally ill patient in light of the patient's history and condition and the wishes of her family. That question is not one for judicial decision, but one for the attending physician, in keeping with the highest traditions of his profession, and subject to court review only to the extent that it may be contended that he has failed to exercise "the degree of care and skill of the average qualified practitioner, taking into account the advances in the profession." *Brune v. Belinkoff*, 354 Mass. 102, 109 (1968)."

<sup>130</sup> Standards for Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) and Emergency Cardiac Care. *JAMA*. 1974, 227(7), str. 841 – 851.

<sup>131</sup> *Re Conservatorship of Wanglie*, 1991, No. PX-91-283 (Minn. Dist. Ct. Hennepin Co. July, 1991).

<sup>132</sup> Task Force on Ethics of The Society of Critical Care Medicine. Consensus Statement on the ethics of forgoing life-sustaining treatments in the critically ill. *Crit Care Med*. 1990,18(12), str. 1435 – 1439. (dále citováno jako „Consensus Statement on the ethics of forgoing life-sustaining treatments in the critically ill“).

umístění na jednotce intenzivní péče, ale na oddělení péče následné, kde může být zajištěna kvalitní ošetrovatelská péče. Doporučení zdůrazňuje, že to, co lékař hodnotí jako léčbu nepřinášející žádný *klinický* benefit, může přesto být pacientem nebo jeho blízkými vnímáno jako přínosná léčba.<sup>133</sup> V případě, kdy pacient nebo osoba rozhodující za pacienta žádají o poskytnutí léčby, kterou lékař hodnotí jako marnou, je třeba ujasnit si nejprve, jaké jsou cíle léčby, resp. k jakým cílům má léčba směřovat z pohledu pacienta a k jakým cílům ji směřuje lékař. Pokud ani přes snahu vyjasnit si cíle léčby není možné dosáhnout konsenzu, má lékař právo odmítnout poskytnutí léčby, kterou hodnotí jako „příliš zatěžující nebo bez jakéhokoliv přínosu pro pacienta“. V těchto případech má lékař zajistit, aby si pacienta převzal do péče jiný lékař, kterého si pacient zvolí.<sup>134</sup>

I v americkém prostředí tak už na počátku 90. let zaznívá přesvědčení, že lékař není povinen poskytovat léčbu, kterou hodnotí jako marnou. Nutno připustit, že v rozhodnutích není přesně a jednotně vymezeno, co je myšleno marnou léčbou, tedy zda se jedná pouze o léčbu fyziologicky marnou, nebo o léčbu hodnocenou jako marnou i s ohledem na další kritéria. Obecná tendence chránit autonomii jednotlivých lékařů a lékařské profese obecně je však zcela zřejmá.

Tuto tendenci lze vysledovat v mnoha dalších případech, které v následujících letech byly rozhodovány soudy po celých Spojených státech amerických. Jedním z těchto případů, výrazně mediálně sledovaných, byl případ *Gilgunn v. Massachusetts General Hospital*<sup>135</sup> rozhodovaný massachusettským soudem v roce 1995. Soud rozhodl, že lékaři nejsou povinni zahájit kardiopulmonální resuscitace u pacientů s ireverzibilním poškozením mozku, neboť resuscitace je v takovém případě důvodně hodnocena jako marná léčba. Soud rovněž zdůraznil, že tato povinnost neexistuje ani v případě, kdy osoba rozhodující za pacienta provedení resuscitace žádá.<sup>136</sup>

---

<sup>133</sup> Consensus Statement on the ethics of forgoing life-sustaining treatments in the critically ill, str. 1437.

<sup>134</sup> Consensus Statement on the ethics of forgoing life-sustaining treatments in the critically ill, str. 1438.

<sup>135</sup> *Gilgunn v. Massachusetts General Hospital*, No. 92-4820 (Mass. Sup. Ct. Civ. Action Suffolk Co. April 22, 1995)

<sup>136</sup> Podrobněji o těchto případech např. Rubin, S. B. *When Doctors Say No: The Battleground of Medical Futility*. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press, 1998.

### 2.4.3 Rada Evropy

Jelikož je Česká republika smluvní stranou Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod, musí mít v této analýze své místo také rozhodovací praxe Evropského soudu pro lidská práva. Zvláště relevantním je v souvislosti s řešenou otázkou rozhodnutí velkého senátu Evropského soudu pro lidská práva v případě *Lambert a další v. Francie*,<sup>137</sup> kde soud rozhodoval o možnosti ukončit umělou hydrataci a výživu u pacienta v permanentním vegetativním stavu.

Dle článku L. 1110-5 francouzského Public Health Code<sup>138</sup> má každý pacient právo na poskytování nejprůměrnější (nejvhodnější) léčby. Léčba nesmí pacienta vystavit neúměrnému riziku převažujícímu nad možným přínosem léčby a nesmí být poskytována s neúměrnou „tvrdohlavostí“ („with unreasonable obstinacy“, „acharnement thérapeutique“). Pokud se léčba ukáže jako nepřiměřená nebo pokud je jejím jediným smyslem umělé udržování života pacienta, může být nezahájena nebo ukončena.

Dle článku L. 1111-4 tohoto zákona<sup>139</sup> zároveň však platí, že rozhodnutí o nezahájení nebo ukončení život udržující léčby v případech, kdy pacient není schopen vyjádřit svou vůli, musí předcházet kolektivní procedura vymezená ve francouzském Code of Medical Ethics. Ta zahrnuje požadavek, aby ošetřující lékař zdravotní stav pacienta konzultoval alespoň s jedním lékařem, s nímž není ve vztahu nadřízenosti-podřízenosti, případně aby byl přizván ještě třetí lékař, je-li to nutné, aby byl zdravotní stav pacienta konzultován také v celém ošetřujícím týmu, aby byla zohledněna přání pacienta (bez ohledu na formu dříve vysloveného přání) a aby byla zohledněna stanoviska osoby rozhodující za pacienta a dalších osob blízkých pacientovi. V případě, kdy po tomto procesu přetrvává názorový nesoulad ohledně nezahájení nebo ukončení život udržující léčby, má osoba, která nezahájení nebo ukončení léčby oponuje

---

<sup>137</sup> Rozhodnutí Evropského soud pro lidská práva ze dne 5. 6. 2015, *Lambert a další v. France*, stížnost č. 46043/14 (dále citováno jako „Lambert a další v. Francie“).

<sup>138</sup> Article L. 1110-5 of the Public Health Code: “Every individual, regard being had to his or her state of health and the urgency of the treatment required, shall be entitled to receive the most appropriate care and to be given the safest treatment known to medical science at the time to be effective. Preventive or exploratory acts or care must not, as far as medical science can guarantee, subject the patient to disproportionate risks in relation to the anticipated benefits. Such acts must not be continued with unreasonable obstinacy. Where they appear to be futile or disproportionate or to have no other effect than to sustain life artificially, they may be discontinued or withheld.”

<sup>139</sup> Article L. 1111-4 of the Public Health Code: “Where the individual is unable to express his or her wishes, no decision to limit or withdraw treatment, where such a measure would endanger the patient’s life, may be taken without the collective procedure defined in the Code of Medical Ethics having been followed.”

možnost podat návrh soudu ve smyslu článku L. 521-2 francouzského Administrative Courts Code („urgent application for protection of a fundamental freedom“).

V případě *Lambert a další v. Francie* ošetřující lékař navrhoval ukončit umělou hydrataci a výživu. Ve svém vyjádření uvedl, že pokračování umělé hydratace a výživy u pacienta v permanentním vegetativním stavu je poskytováním léčby s neúměrnou tvrdohlavostí a jejím jediným smyslem je umělé udržování života pacienta ve smyslu článku L. 1110-5 francouzského Public Health Code. Souladně s ošetřujícím lékařem také osm dalších lékařů, s nimiž zdravotní stav pana Lamberta konzultoval, bylo pro ukončení léčby. S tímto postupem souhlasily také děti a manželka pana Lamberta. Nesouhlas však vyjádřili rodiče. Ti také podali návrh soudu dle článku L. 521-2 francouzského Administrative Courts Code s argumentací, že ukončení umělé hydratace a výživy je v rozporu (mimo jiné) s článkem 2 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod.

Francouzská Státní rada (Conseil d'État) rozhodla, že ukončení umělé hydratace a výživy by za daných skutkových okolností nebylo porušením článku 2 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod. Ve svém rozsudku uvádí: „*Rozporovaný článek [L. 1110-5] vymezuje právní rámec garantující právo pacienta na nejvhodnější léčbu, právo pacienta, aby bylo respektováno jeho přání odmítnout léčbu a právo pacienta, aby nebyl vystaven poskytování léčby s neúměrnou tvrdohlavostí. Tato ustanovení nedovolují lékařům rozhodnout o nezahájení nebo ukončení život udržující léčby, aniž by dodržel právem stanovenou kolektivní proceduru, v rámci níž je povinen zohlednit přání pacienta, stanoviska osoby rozhodující za pacienta, případně dalších osob blízkých a konzultovat zdravotní stav pacienta s alespoň jedním lékařem a s ostatními členy ošetřujícího týmu. Zároveň, jakékoliv rozhodnutí lékaře může být přezkoumáno soudem. (...) Proto uvedený článek není v rozporu s článkem 2 Úmluvy.*“<sup>140</sup>

Evropský soud pro lidská práva ve svém rozsudku zdůraznil, že článek 2 Úmluvy ukládá státům povinnost („positive obligation“) chránit lidský život.<sup>141</sup> V prostředí zdravotnictví tento článek vyžaduje, aby poskytovatelé zdravotních služeb zakotvili opatření směřující k ochraně života

---

<sup>140</sup> Lambert a další v. Francie, odst. 47.

<sup>141</sup> Srov. odst. 36 rozsudku Evropského soudu pro lidská práva ze dne 9. 6. 1998, *L. C. B. v. Spojené království*, stížnost č. 23413/94.



pacientů.<sup>142</sup> Obdobně jako v případech *Glass v. Spojené království*<sup>143</sup> a *Burke v. Spojené království*<sup>144</sup> připomněl, že relevantními kritérii pro posouzení porušení článku 2 jsou:

- a) zda v rozhodnutí o nezahájení nebo ukončení život udržující léčby byla zohledněna přání pacienta, osoby rozhodující za pacienta a dalších osob blízkých pacientovi a zda byl zohledněn klinický názor ošetřujícího týmu (ve smyslu rozhodnutí ve věci *Burke v. the United Kingdom*),
- b) zda existuje možnost nechat rozhodnutí o nezahájení nebo ukončení život udržující léčby v případě pochybností přezkoumat soudy.

Obdobně jako v případě *Haas v. Švýcarsko* rovněž připomněl, že porušení článku 2 Úmluvy je třeba zkoumat v souvislosti s článkem 8 Úmluvy zakotvujícím právo na respektování rodinného a soukromého života. Odkázal na odůvodnění rozsudku v případě *Pretty v. Spojené království*,<sup>145</sup> kde uvádí: „(...) odmítnutí život zachraňující léčby může v důsledku vést ke smrti pacienta. Je však třeba zdůraznit, že poskytování zdravotních služeb bez souhlasu pacienta je neoprávněným zásahem do jeho tělesné integrity rozporným s článkem 8 odst. 1 Úmluvy (...) Respekt k lidské důstojnosti a svobodě stojí v centru Úmluvy. A aniž bychom jakkoliv chtěli zpochybňovat posvátnost lidského života („the principle of sanctity of life“), která je Úmluvou chráněna, máme za to, že v souladu s článkem 8 Úmluvy nabývá na významnosti také kritérium kvality života.“<sup>146</sup>

Evropský soud pro lidská práva se ztotožnil s argumentací francouzské Státní rady, že existující právní úprava obsažená v Public Health Code, Code of Medical Ethics a Administrative Courts Code zakotvuje dostatečné garance ochrany lidského života ve smyslu uvedené judikatury, a že tedy nedošlo k porušení článku 2 Úmluvy. Uvedl také, že s ohledem na skutkové okolnosti případu, kdy bylo zřejmé, že pacient by si poskytování další život udržující léčby s ohledem na zdravotní stav, v němž se nacházel, nepřál, by ukončení umělé hydratace a výživy bylo zcela

---

<sup>142</sup> Srov. odst. 49 rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ze dne 17. 1. 2002, *Calvelli and Ciglio v. Itálie*, stížnost č. 32967/96, odst. 89 rozsudku Evropského soudu pro lidská práva ze dne 8. 7. 2004, *Vo v. France*, stížnost č. 53924/00.

<sup>143</sup> Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ze dne 9. 3. 2004, *Glass v. Spojené království*, stížnost č. 61827/00 (dále citováno jako „*Glass v. Spojené království*“).

<sup>144</sup> Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ze dne 11. 7. 2006, *Burke v. Spojené království*, stížnost č. 19807/06.

<sup>145</sup> Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ze dne 29. 4. 2002, *Pretty v. Spojené království*, stížnost č. 2346/02 (dále citováno jako „*Pretty v. Spojené království*“).

<sup>146</sup> *Pretty v. Spojené království*, odst. 63 a 65.

v souladu s článkem 8 Úmluvy. Stížnost proti rozhodnutí Státní rady, které aprobovalo ukončení umělé hydratace a výživy, byla tedy shledána nedůvodnou.

Jak je z rozsudků Evropského soudu pro lidská práva patrné, soud se doposud nikdy nezabýval specificky definicí marné léčby. V tomto ohledu odkazuje na metodiku k Úmluvě *Guide on the decision-making proces regarding medical treatment in end-of-life situations* vytvořenou na půdě Bioetické komise Rady Evropy. Metodika v rámci analýzy konceptu nepotřebné nebo nepřiměřené léčby („needless or disproportionate treatment“)<sup>147</sup> nejprve rozlišuje mezi péčí a léčbou. Péče v širokém slova smyslu zahrnuje nejen léčbu ve smyslu konkrétního medicínského postupu, ale také péči spočívající v naplnění každodenních potřeb pacienta, včetně osobní hygieny a komfortu. Léčba v užším slova smyslu představuje medicínské postupy, jejichž snahou je zlepšení zdravotního stavu pacienta působením na příčiny jeho základního onemocnění. Cílem léčby je vyléčení pacienta nebo působení na příčiny onemocnění tak, aby byl minimalizován vliv onemocnění na zdravotní stav pacienta. Léčba v širším slova smyslu může zahrnovat kromě výkonů směřujících k ovlivnění základního onemocnění pacienta také výkony směřující k ovlivnění symptomů (např. léčba bolesti) nebo výkony, které mají kompenzovat poruchu funkce některého z orgánů (dialýza, umělá plicní ventilace). Léčbu lze dle metodiky ukončit nebo limitovat v okamžiku, kdy nepřináší pacientovi žádný prospěch nebo se stala nepřiměřenou („disproportionate“). V závěru života má být cílem léčby i péče především zlepšení nebo zachování kvality života pacienta. Metodika nicméně zdůrazňuje, že zatímco nezahájení nebo ukončení život udržující léčby, která pacientovi nepřináší prospěch nebo je nepřiměřená, je zcela legitimním postupem, ukončení péče o pacienta v širokém slova smyslu zaměřené na zachování kvality života je nepřijatelné a v rozporu s požadavkem na ochranu lidské důstojnosti.

Rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva ve věci *Lambert a další v. Francie* je v řešeném kontextu zcela zásadním rozhodnutím, neboť stanovuje základní rámec procedury, která musí předcházet rozhodnutí nezahájit nebo ukončit život udržující léčbu tak, aby takové rozhodnutí nebylo v rozporu s článkem 2 Úmluvy. Evropský soud pro lidská práva přijímá představu, že život udržující léčba může být v určitém okamžiku nezahájena nebo ukončena. V tomto ohledu se přidrží právních norem zakotvených na národní úrovni jednotlivých států. Akcentuje

---

<sup>147</sup> Committee on Bioethics of the Council of Europe. The concept of needless or disproportionate treatment likely to be limited or withdrawn. *Guide on the decision-making proces regarding medical treatment in end-of-life situations*, str. 12.

nicméně procesní stránku takového rozhodnutí, která je z pohledu ochrany základních lidských práv důležitější než sám obsah pojmu marné léčby jakožto dělící linie mezi doménou autority lékaře a doménou autonomie pacienta.

Ve vztahu k českému právu je pak právě akcent na procesní stránku rozhodování zcela klíčový. Přesto v české odborné literatuře zůstává často opomíjen. Nadto lze s ohledem na požadavek zakotvení procedury garantující ochranu lidského života vyslovit pochybnost o tom, zda rozhodování o nezahájení nebo ukončení život udržující léčby v české klinické praxi tento požadavek naplňuje a zda by v zásadě neexistující procedura rozhodování o nezahájení nebo ukončení život udržující léčby obstála při soudním přezkumu z hlediska článku 2 Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod. Ve vsí skromnosti si troufám tvrdit, že nikoliv. Podrobněji se této otázce budu věnovat ještě v podkapitole 2.5 Český právní rámec nezahájení nebo ukončení marné léčby a v kapitole 4 Rozhodovací proces.

## 2.5 Marná léčba v českých odborných doporučeních

V českém prostředí v současné době existují dvě doporučení, která nabízí definici marné léčby. Prvním z nich je Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 (dále jen „doporučení ČLK“) k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli.<sup>148</sup> Druhým z nich je Stanovisko sekce dětské paliativní péče České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP k poskytování život udržující léčby dětským pacientům (dále jen „stanovisko ČSPM“).

Doporučení ČLK používá termín „marná a neúčelná léčba“. Definuje ji jako léčbu, „*kteřá nevede k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života, marná a neúčelná léčba není v zájmu pacienta, nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbytečným strádáním či rizikem komplikací*“.<sup>149</sup> Dle doporučení „*léčebný postup, při němž není odůvodněný předpoklad jeho příznivého účinku na zdravotní stav pacienta nebo pro záchranu života a kde rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu,*

---

<sup>148</sup> Doporučení vzniklo původně jako Konsenzuální stanovisko České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny a České společnosti intenzivní medicíny ČLS JEP k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním. Teprve následně bylo v totožném znění schváleno a přijato jako doporučení představenstva České lékařské komory.

<sup>149</sup> Článek 3 písm. d) Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli.

*je nutno považovat za léčbu, která není „ku prospěchu a v nejlepším zájmu pacienta“ a lze ji označit jako tzv. marnou a neúčelnou léčbu“.*<sup>150</sup>

Z uvedené citace je patrné, že definice marné a neúčelné léčby vymezené v doporučení v sobě zahrnuje několik kritérií, která mají být hodnocena v rámci úvahy o marnosti a neúčelnosti léčby. Definice říká, že marnou a neúčelnou léčbou je léčba, která:

- a) nevede k záchraně života nebo
- b) nevede k uchování zdraví nebo
- c) nevede k udržení kvality života.

Dále pak říká, že marnou a neúčelnou léčbou je léčba,

- a) při které není odůvodněný předpoklad příznivého účinku na zdravotní stav pacienta nebo pro záchranu života a
- b) kde rizika komplikací, bolesti, diskomfortu a strádání převažují nad reálným klinickým přínosem.

Definice tedy kombinuje kritéria, která by patrně mohla být řazena do kategorie fyziologické futility, a kritéria, která by byla zřejmě řazena do kategorie kvalitativní, resp. normativní futility. Fyziologicky futilní léčbou je ve smyslu doporučení léčba, která nevede k záchraně života nebo zdraví pacienta, resp. při které není odůvodněný předpoklad příznivého účinku na zdravotní stav pacienta nebo pro záchranu života. Kvalitativně, resp. normativně futilní je ve smyslu doporučení léčba, která nevede k udržení kvality života pacienta nebo léčba, s níž jsou spojena rizika komplikací, bolest, diskomfort a strádání, která převažují nad klinickým přínosem. Definice tedy do určité míry kombinuje kategorii futility hodnocené z klinického hlediska, tj. kategorii objektivní, medicínskou, a kategorii futility hodnocené z hlediska kvality života, celkového přínosu léčby, tj. kategorii subjektivní, nemedicínskou.

Doporučení ČLK uvádí, že léčba, která je dle uvedených kritérií hodnocena jako marná a neúčelná nemá být indikována a nemá být prováděna, a že ne zahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby u pacientů v terminálním stádiu neléčitelného onemocnění a/nebo s nezvratnou poruchou integrity orgánových funkcí, kteří nereagují na použité léčebné postupy, jsou postupy souladné s etickými principy a existujícími právními předpisy. Zároveň zdůrazňuje, že kdykoliv je to možné, má být přání pacienta zahrnuto do rozhodovacího procesu,

---

<sup>150</sup> Článek 4 písm. f) Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli.

že rodina a osoby blízké pacientovi mají být náležitě informováni, odpovědnost za rozhodnutí o nezahájení nebo ukončení život udržující léčby však leží na ošetřujícím lékaři a nelze ji delegovat na rodinu nebo pacientovy blízké.

Stanovisko ČSPM,<sup>151</sup> historicky mladší než doporučení ČLK, terminologii marná léčba upouští a nahrazuje ji označením neúčelná léčba. Vysvětluje to, co již v předchozích částech práce opakovaně zaznělo, že totiž pojem marná léčba je mnohými autory považován za zavádějící, neboť je jen velmi obtížné objektivně vymezit futilitu léčby, ledaže se jedná o léčbu ryze fyziologicky futilní. Nově zvolená terminologie dle stanoviska příhodněji vyjadřuje skutečnost, že léčbu je spíše třeba hodnotit z hlediska účelnosti, resp. přiměřenosti rozsahu diagnostické a léčebné péče s ohledem na vytyčené cíle léčby.

Stanovisko pak nabízí dvě definice neúčelné léčby odlišené podle toho, zda se jedná o nezletilého pacienta schopného vyjádřit svou vůli nebo nezletilého pacienta, který o sobě není schopen rozhodovat. V prvním případě neúčelnou léčbu definuje jako léčbu, *„která nevede k uzdravení pacienta, a která pacientovi nabízí jen prodloužení života v kvalitě, kterou si pacient pro sebe důvodně nepřeje. Důvodně si pacient léčbu nepřeje, pokud je z důvodu svého nepříznivého stavu, u něž není s ohledem na znalosti dostupné v okamžiku rozhodování možno očekávat zlepšení, pacient do budoucna zcela vyřazen z možnosti vykonávat běžné životní aktivity či se zapojovat do běžných životních situací či je prodloužení života nevyhnutelně spojeno s trvalou zřejmě nezvladatelnou bolestí či neztížitelným dyskomfortem“*.<sup>152</sup>

V druhém případě je neúčelná léčba definována jako léčba, *„která nevede k uzdravení pacienta, a která pacientovi nabízí jen prodloužení života v kvalitě, o níž je možno se důvodně domnívat, že by si pacient pro sebe nepřál, kdyby byl schopen o tom rozhodovat. Důvodně se lze domnívat, že by si pacient nepřál prodlužovat život zejména tehdy, pokud je z důvodu svého nepříznivého stavu, u něž není s ohledem na znalosti dostupné v okamžiku rozhodování možno očekávat zlepšení, pacient do budoucna zcela vyřazen z možnosti vykonávat běžné životní aktivity či se zapojovat do běžných životních situací či je prodloužení života nevyhnutelně spojeno s trvalou zřejmě nezvladatelnou bolestí či neztížitelným dyskomfortem“*.<sup>153</sup>

---

<sup>151</sup> Sekce dětské paliativní péče České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP. *Stanovisko k poskytování život udržující léčby dětským pacientům*. 2019. (dále citováno jako „Stanovisko k poskytování život udržující léčby dětským pacientům“).

<sup>152</sup> Stanovisko k poskytování život udržující léčby dětským pacientům, str. 3.

<sup>153</sup> Stanovisko k poskytování život udržující léčby dětským pacientům, str. 4.

Uvedené definice kladou důraz na hodnocení neúčelnosti léčby s ohledem na kvalitu života nezletilého pacienta hodnocenou z jeho perspektivy. V rámci uvedené kategorizace by tedy bylo možné hovořit o kvalitativní, resp. normativní futilitě, kdy mezi kritérii hodnocení kvality života je zařazena jednak možnost nezletilého pacienta vykonávat běžné životní aktivity nebo se zapojovat do běžných životní situací<sup>154</sup> a jednak přítomnost nevladatelné bolesti nebo neztišitelného diskomfortu.

Stanovisko ČSPM uvádí, že o tom, že život udržující léčba je neúčelná, a nebude tedy u nezletilého pacienta zahájena nebo byla-li zahájena, bude ukončena, mají společně rozhodovat ošetřující lékaři, nezletilý pacient a zákonní zástupci, resp. ošetřující lékaři a zákonní zástupci, není-li nezletilý pacient schopen vyjádřit svou vůli. Zdůrazňuje, že ti, kdo se na rozhodování podílí, nesmí zaměňovat pacientovy zájmy za své vlastní zájmy.

Stanovisko tak v tomto ohledu koresponduje s prosazující se představou zohledňovanou v nejnovějších zahraničních doporučeních, že až na některé spíše výjimečné případy to má být pacient nebo jeho zákonný zástupce, kdo rozhoduje o tom, jakou léčbu považuje za vhodnou, přijatelnou, resp. účelnou, hodnoceno vždy z perspektivy nezletilého pacienta, a že pouze hodnocení fyziologicky marné léčby náleží lékařům.

Domnívám se, že pak poněkud nekoncepčně stanovisko uvádí, že ošetřující lékaři činí závěr o neúčelnosti život udržující léčby na základě svého odborného úsudku. Na tomto místě tedy stanovisko opouští představu hodnocení účelnosti léčby z pohledu pacienta a říká, že lékař má účelnost léčby hodnotit dle svého odborného úsudku. Opět se zde nabízí úvaha, do jaké míry odborný úsudek lékaře odpovídá hodnocení účelnosti léčby s ohledem na kvalitu života pacienta. Opět se zde dostáváme k otázce rozlišení toho, co lékař považuje za klinicky účelnou léčbu a toho, co pacient považuje za účelnou léčbu s ohledem na kvalitu svého života.

---

<sup>154</sup> V souvislosti s „běžnými životními aktivitami a běžnými životními situacemi“ stanovisko ČSPM odkazuje na Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, vypracovaná Světovou zdravotnickou organizací.

## 2.6 Český právní rámec nezahájení nebo ukončení marné léčby

Jak jsem již v předchozí části práce několikrát zmínila a jak vyplývá ze zahraničních odborných doporučení a zahraniční rozhodovací praxe, definice marné léčby může být z pohledu práva zásadní. Do značné míry totiž determinuje práva a povinnosti pacienta a zdravotnického pracovníka v souvislosti s rozhodováním o nezahájení nebo ukončení život udržující léčby, zejména může být rozhodná pro posouzení povinnosti lékaře poskytovat léčbu, kterou hodnotí jako marnou.

V české odborné literatuře podobně jako v zahraniční rozhodovací praxi je úvaha o povinnosti lékaře poskytovat marnou léčbu rámována obecnější úvahou o tom, zda postup lékaře v závěru života pacienta byl postupem na náležitě odborné úrovni (ve smyslu § 4 odst. 5, zákona o zdravotních službách).<sup>155/156</sup> Konstrukce představená v českém právním prostředí je vystavěna následovně.

Zákon o zdravotních službách vyjadřuje požadavek na poskytování zdravotních služeb na náležitě odborné úrovni. Náležitou odbornou úroveň je myšleno poskytování zdravotních služeb (mimo jiné) dle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů. Zákonná definice náležitě odborné úrovně tak explicitně odkazuje na „uznávané medicínské postupy“. V kontextu poskytování péče v závěru života lze odkázat na Konsenzuální stanovisko České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny a České společnosti intenzivní medicíny ČLS JEP k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním (resp. Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli). Konsenzuální stanovisko říká, že marná a neúčelná léčba nemá být indikována a nemá být poskytována, jinými slovy lze ji považovat za léčbu v rozporu s uznávanými medicínskými postupy.

---

<sup>155</sup> Ust. § 4 odst. 5, zákona o zdravotních službách, stanoví, že „*Náležitou odbornou úroveň se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti.*“

<sup>156</sup> Srov. Krejčíková, H. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. Praha: Galén, 2014 (dále citováno jako „Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře“). Kunstýřová, J. *Dříve vyslovená přání v oblasti intenzivní medicíny a paliativní péče*. Diplomová práce. Praha: Právnická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 2017 (dále citováno jako „Dříve vyslovená přání v oblasti intenzivní medicíny a paliativní péče“). Stolinová, J. Mach, J. *Právní odpovědnost v medicíně*. Praha: Galén, 2017 (dále citováno jako „Právní odpovědnost v medicíně“).



Krejčíková dále vysvětluje, že představa, že výhradně odmítne-li pacient léčbu, je možné léčbu neposkytnout, není správná, neboť nezohledňuje asymetrii ve vztahu mezi lékařem a pacientem, kdy lékař je skrze své postavení odborníka garantem poskytované zdravotní péče. Dospívá k tomuto závěru: „*Bezpodmínečně platí, že lékař autoritativně, tj. i bez souhlasu pacienta, může (a musí!) ustoupit od léčby kurativní, pokud se jedná o léčbu marnou. V okamžiku, kdy je zřejmé, že infaustní průběh primárního onemocnění není možno medicínskými prostředky jakkoliv zvrátit, je adekvátním řešením převést pacienta do paliativního režimu, v rámci kterého bude od některých invazivních postupů postupně, s ohledem na progresi onemocnění, upouštěno.*“<sup>157</sup> Jinými slovy, ukončení léčby, o kterém bylo rozhodnuto autoritativně lékařem, je-li hodnoceno jako odborně správný postup, není a nemůže být protiprávní.<sup>158</sup>

Souhlasím se závěrem Krejčíkové v tom, že lékař nejenže není povinen, nýbrž nesmí poskytovat léčbu, která není léčbou podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů. Budu-li vycházet z předpokladu, že „*infaustní průběh primárního onemocnění není možné jakkoliv zvrátit*“, vyjadřuje představu, že z ryze medicínského hlediska je léčba marná, tedy jedná se o léčbu, která nemá potenciál vyléčit primární onemocnění pacienta, tj. s ohledem na vymezený cíl spočívající ve vyléčení onemocnění lze léčbu označit za fyziologicky futilní, pak lze v teorii argumentovat, že takovou léčbu lékař nemusí poskytovat.

Jak jsem však mnohokrát uvedla, kategorii fyziologické futility je třeba odlišit od jiných kategorií futility. Zároveň je třeba i v kategorii fyziologické futility vysledovat cíl léčby. Je cílem léčby vyléčit základní onemocnění pacienta nebo je cílem léčby nahradit funkci jednotlivých orgánů s vědomím, že základní onemocnění je nevléčitelné? Ve shodě se zahraničními odbornými doporučeními pak považuji za zásadní odlišit léčbu fyziologicky

---

<sup>157</sup> Peterková, H. *Trestní odpovědnost lékaře při ukončování léčby pacienta*. Disertační práce. Praha: Právnická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 2013, str. 118.

<sup>158</sup> Podobně argumentují také Randall and Downie. Uvádí, že požadavek, aby lékař poskytoval život udržující léčbu podle diktátu pacienta nebo osoby rozhodující za pacienta nemůže obstát, neboť i lékař ve vztahu s pacientem vystupuje nejen jako odborník disponující znalostmi a zkušenostmi, ale také jako morální subjekt nadaný svědomím. Autonomii lékaře stejně jako autonomii pacienta tak musí být poskytnuta ochrana. Argumentují, že nejenže lékař není povinen poskytovat marnou život udržující léčbu, ale je povinen ji neposkytovat. Randall, F. Downie, R. S. *The philosophy of palliative care: Critique and reconstruction*. Oxford, New York: Oxford University Press, 2006. Roy v této souvislosti uvádí, že podstatnou není ani tak otázka, jak obhájit ukončení marné život udržující léčby, jako spíše jak obhájit neukončení takové léčby. Roy, D. Euthanasia and withholding treatment. In Doyle, D. (ed.) *Oxford textbook of palliative medicine*. Oxford, New York: Oxford University press, 2004. Srov. také Berlinger, N. Jennings, B. Wolf, S. M. *The Hastings Center guidelines for decisions on life-sustaining treatment and care near the end of life*. Oxford: Oxford University Press, 2013.

marnou a léčbu potenciálně nepřiměřenou nebo nevhodnou, resp. léčbu bez celkového přínosu pro pacienta. Lékař může činit závěr o marnosti léčby ve smyslu marnosti fyziologické, jen obtížně však bude činit závěr o marnosti léčby z hlediska kvality života pacienta a jiných nemedicínských kritérií, aniž by do rozhodovacího procesu zavzal pacienta nebo osoby, které za pacienta rozhodují. V tomto ohledu lékař může vyjádřit své přesvědčení o nepřiměřenosti nebo nevhodnosti léčby, ve výsledku to však má být pacient nebo zástupce pacienta, kdo rozhodne.

Domnívám se, že otázka poskytování péče v závěru života představuje do značné míry specifický kontext, ve kterém se nelze opírat o v jiném kontextu obecně přijímané závěry. Pokud si lékař klade otázku, zda postupuje v souladu s pravidly vědy a uznávanými medicínskými postupy, zpravidla se ptá, zda postupuje správně z hlediska klinického. V kontextu rozhodování o nezahájení a ukončení život udržující léčby však musí zvažovat také skutečnosti neklinické. Proto lze jen velmi obtížně argumentovat, že lékař může autoritativně rozhodnout o nezahájení nebo ukončení život udržující léčby v okamžiku, kdy ji hodnotí jako marnou, tedy jako postup *non lege artis*, k němuž lékař nejen že není povinen, ale ani oprávněn. Jen velmi těžko totiž lze (bez dalšího) argumentovat, že marná léčba je léčbou *non lege artis*. Zvláště obtížně obhajitelný se mi pak takový závěr jeví v případě, kdy je činěn odkazem na doporučení ČLK, které přímo do definice marné léčby zahrnuje nemedicínské úvahy.

Jsem přesvědčena, že význam doporučení ČLK má spočívat primárně v tom, že lékaři nabízí určitá vodítka, jakým směrem vést svou úvahu při volbě léčebného postupu u pacienta v závěru života. Nemyslím si však, že by mohlo být dostatečnou oporou pro jednoznačný závěr o tom, že marná léčba pacienta ve smyslu doporučení je *non lege artis* postupem. Klinická praxe si nutně musí být vědoma různosti pacientů a s ní spojenou růzností očekávání pacientů. Nutně musí akceptovat skutečnost, že u různých pacientů se stejnou diagnózou může rozhodování o nezahájení nebo ukončení život udržující léčby probíhat odlišně.

Ostatně, má-li být úvaha o správnosti postupu lékaře v závěru života pacienta rámována úvahou o splnění požadavku na poskytování zdravotních služeb na náležitě odborné úrovni ve smyslu § 4 odst. 5 zákona o zdravotních službách, pak nelze zapomínat, že zákon jako relevantní hledisko uvádí také individualitu pacienta a nabádá k jejímu respektování. V kontextu rozhodování o nezahájení nebo ukončení život udržující léčby tak lze v definici náležité

odborné úrovně nalézt odraz představy, že rozhodování o život udržující léčbě vyžaduje nejen dodržení uznávaných medicínských postupů, ale rovněž respektování individuality pacienta.

Připouštím, že takový závěr neposkytuje ani v nejmenším jasné právní stanovisko, o které by se lékař ve snaze najít dostatečnou právní jistotu mohl opřít. Zcela jistě nebylo mým cílem bezbřezě relativizovat koncept marné léčby a jakýkoliv právní závěr, který se s ním pojí. Ani v nejmenším nepochybuji, že i život udržující léčba (ať už má jakoukoliv formu) má svůj nepopiratelný medicínský rozměr.

Jsem nicméně nadále přesvědčena, že snaha eliminovat hodnocení postupu lékaře v souvislosti s rozhodováním o nezahájení nebo ukončení život udržující léčby na hodnocení medicínské stránky věci není správnou cestou. Nadto je třeba znovu připomenout požadavky vymezené judikaturou Evropského soudu pro lidská práva, která má v tomto kontextu zcela klíčový význam. Zejména již zmiňované rozhodnutí ve věci *Lambert a další v. Francie* explicitně uvádí, že pro posouzení možného porušení článku 2 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod, který zaručuje právo na život, je třeba zvážit, zda národní úprava a praxe předpokládají existenci rozhodovacího procesu zaručujícího zohlednění přání pacienta, osob jemu blízkých a zdravotnických pracovníků a zda národní úprava zakotvuje možnost se v případě pochybnosti o tom, co je v nejlepším zájmu pacienta, obrátit na soud. Evropský soud pro lidská práva tedy odmítá představu, že by život udržující léčba mohla být bez dalšího ukončena na základě jednostranného rozhodnutí lékaře. Dle Evropského soudu pro lidská práva koncept marné léčby nemá sloužit jako obrana lékaře, který autoritativně rozhodl o ukončení život udržující léčby, neboť ji považoval za marnou. Má být především impulzem pro zahájení procesu rozvahy o tom, co je *pro konkrétního pacienta* marnou léčbou.

S odkazem na uvedené se proto v následující části snažím představit upravenou právní konstrukci, která z mého pohledu lépe odpovídá kontextu rozhodování o nezahájení nebo ukončení život udržující léčby, zohledňuje kritiku zaznívající v zahraniční odborné literatuře a zohledňuje Evropským soudem pro lidská práva vymezené požadavky na proceduru, která musí předcházet rozhodnutí o ukončení život udržující léčby.

Obecná východiska mé právní úvahy jsou obdobná jako východiska naznačená u doposud převládající konstrukce. Zákon o zdravotních službách stanoví, že cílem zdravotní péče je předcházet nemoci, nemoc odhalit a vyléčit, udržet, obnovit nebo zlepšit zdravotní a funkční

stav pacienta.<sup>159</sup> Zákon tedy od lékaře očekává, že pacienta bude léčit s cílem, aby jeho onemocnění vyléčil a obnovil nebo zlepšil tak jeho zdravotní stav. Smrt pacienta je v tomto kontextu vnímána jako nepříznivý výsledek poskytnuté zdravotní péče.

Přesto objektivní a nepopíratelná skutečnost je taková, že ne všechna onemocnění lékař může vyléčit, ne vždy je schopen zvrátit nebo zastavit přirozený průběh onemocnění a ne vždy může obnovit nebo zlepšit zdravotní stav pacienta. Tato skutečnost je zřejmá především u pacientů s pokročilým stádiem chronického onemocnění, např. chronické obstrukční plicní nemoci, chronického srdečního selhání, demence, amyotrofické laterální sklerózy a dalších. Specifickou skupinou pacientů jsou pacienti léčení v prostředí intenzivní medicíny. Klinicky mají tito pacienti několik společných znaků. Jejich onemocnění je ohrožuje na životě a je jisté, že buď v přímém důsledku tohoto onemocnění, nebo v důsledku přidružené komplikace v řádech dnů nebo týdnů zemřou. Technickými prostředky může být dočasně nahrazena funkce některých selhávajících orgánů, onemocnění však není postupy, které současná medicína zná, vyléčitelné. U takových pacientů cíle zdravotní péče spočívající ve vyléčení onemocnění a záchraně života pacienta ustupují do pozadí a jsou nahrazeny cíli spočívajícími v mírnění utrpení (tělesného, psychického, spirituálního) a udržení kvality života.<sup>160</sup> Zákon o zdravotních službách explicitně uvádí, že účelem paliativní péče má být zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí. Tyto cíle jsou rovnocenně legitimní jako cíle směřující k vyléčení onemocnění. Paliativní péče o nevléčitelně nemocné pacienty je rovnocenně legitimním postupem jako léčba kurativní.

Etický kodex České lékařské komory pak říká, že „*lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu*“.<sup>161</sup> Obdobně doporučení ČLK uvádí: „*Všeobecně přijatým cílem intenzivní péče je vždy zachování života a zdraví pacienta, odstranění vyvolávající příčiny zhoršení zdravotního stavu a poskytování postupů orgánové podpory či náhrady u nemocných se zvratným (nebo předpokládaným zvratným) orgánovým selháním, tj. „udržovat život, ale nikoliv prodlužovat umírání“.* V případě, kdy nelze tyto cíle naplnit, je nutné poskytnout

---

<sup>159</sup> Ust. § 4 odst. 2 písm. a) zákona o zdravotních službách.

<sup>160</sup> Klinické, etické a právní aspekty rozhodování o kardiopulmonální resuscitaci u terminálně onkologicky nemocných pacientů, str. 59. Srov. Sláma, O. Prudil, L. Právní aspekty paliativní péče in Sláma, O. Kabelka, L. Vorlíček, J. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2011, str. 323 – 327.

<sup>161</sup> Ust. § 2 odst. 7 Etického kodexu České lékařské komory.

*pacientovi péči, která vyloučí bolest, dyskomfort a strádání, umožní zachování lidské důstojnosti a uspokojování fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb.*“<sup>162</sup>

S tímto přístupem se ztotožňují zahraniční soudy i Evropský soud pro lidská práva, zakotvují ho zahraniční odborná doporučení i zmiňovaný *Guide on the decision-making proces regarding medical treatment in end-of-life situations*.

### *Změna terminologie*

Zásadní i v této úvaze tedy zůstává koncept marné léčby. Nikoliv však jako koncept, který by mohl jednoznačně vymezit oprávnění lékaře, resp. jeho právní povinnost nezahájit nebo ukončit život udržující léčbu, kterou hodnotí jako marnou, ale jako koncept, který stojí na počátku úvahy o tom, jakou léčbu by lékař hodnotil jako pro konkrétního pacienta nejvhodnější a jakou léčbu by si tento konkrétní pacient s ohledem na nejrozmanitější kritéria přál, resp. nepřál.

Ve snaze opustit stávající paradigma se mi jako první vhodný krok jeví změna terminologie užívané v českém prostředí, po vzoru zahraničních odborných doporučení. Mnohem výstižnější se mi jeví označení léčby za nepřiměřenou nebo nevhodnou, případně za léčbu neúčelnou. Tato terminologie lépe vyjadřuje představu, že hodnocení léčby jako léčby nepřiměřené, nevhodné nebo neúčelné automaticky neznamená, že ji lékař nemá nezahájit nebo má ukončit, neboť by jinak postupoval v rozporu s požadavkem poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni. Vyjadřuje spíše odbornou pochybnost lékaře o přínosu léčby pro pacienta, o potenciálu léčby naplnit pacientem definované cíle léčby. To však s vědomím, že konečným arbitrem pro posouzení nemá být nikdo jiný než právě konkrétní pacient.

V tomto duchu se vyjadřuje An Official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM Policy Statement: Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units, které zdůrazňuje, že případů fyziologicky futilní léčby je v klinické praxi minimum. Hodnocení léčby jako léčby fyziologicky futilní totiž předpokládá (v zásadě) jistotu,<sup>163</sup> že léčba nemůže dosáhnout stanoveného fyziologického cíle. Mnohem častěji však v léčbě pacienta existuje určitá míra nejistoty, která přesouvá úvahu od fyziologicky futilní léčby k úvaze o léčbě

---

<sup>162</sup> Článek 4 písm. c) Doporučení představenstva České lékařské komory č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli.

<sup>163</sup>An Official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM Policy Statement: Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units, str. 1319.

nepřiměřené nebo nevhodné. Nadto je třeba stále zdůrazňovat, že cíle léčby mohou být u různých pacientů různé.

Označení nepřiměřená pak odráží myšlenku, že existuje určitá šance, že léčba bude úspěšná a zároveň, že existují další kritéria, která mohou být pro hodnocení léčby (jak ze strany lékaře, tak ze strany pacienta) relevantní. V tomto smyslu, slovy § 31 odst. 2 zákona o zdravotních službách, lékař informuje pacienta o účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích i rizicích navrhovaných služeb, jakož i o jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích. Pacient nebo osoba rozhodující za pacienta na základě těchto informací činí rozhodnutí, jaký z lékařem navrhovaných léčebných postupů pro sebe považuje za nejvhodnější.

Velmi výstižně tuto myšlenku shrnuje německé Policy statement of the German Interdisciplinary Association of Intensive Care and Emergency Medicine, které jsem zmínila v úvodu této kapitoly. Odborné doporučení se jednak hned v úvodu explicitně vymezuje vůči užívání termínu marná léčba a nahrazuje jej termínem přiměřená péče („appropriate care“), jednak v rámci úvahy o přiměřenosti péče rozlišuje úvahu v rovině medicínské (tuto označuje jako „instrumental rationality“) a úvahu v rovině hodnotové (tu označuje jako „value rationality“). Úvaha medicínská je úvahou o vhodnosti a potenciální úspěšnosti léčby ve vztahu ke konkrétně vymezenému cíli léčby. Tato úvaha náleží lékaři a je úvahou o klinických faktech. Úvaha hodnotová je úvahou, do níž se promítají morální hodnoty konkrétního pacienta. Zhodnocení přiměřenosti nutně musí zahrnovat jak úvahu medicínskou, tak úvahu hodnotovou.<sup>164</sup> Rozhodnutí o nezahájení nebo ukončení život udržující léčby v zásadě nelze postavit na úvaze opírající se o „instrumental rationality“.

### *Procedurální přístup*

I přes odlišnou terminologii zcela bezpochyby mohou a budou vznikat spory mezi lékaři a pacienty nebo osobami rozhodujícími za pacienta o tom, co je v péči o pacienta přiměřené, vhodné, resp. účelné. Je proto třeba se i zde zamyslet nad otázkou vymezení domény autority lékaře a autonomie pacienta. Jak jsem již vysvětlila výše, jsem přesvědčena, že odpovědí na otázku, kde leží hranice mezi těmito doménami, nelze (bez dalšího) konstruovat na základě

---

<sup>164</sup> Neitzke, G. Burchardi, H. Duttge, G. et al. Limits to the appropriateness of intensive care: Policy statement of the German Interdisciplinary Association of Intensive Care and Emergency Medicine. *Med Klin Intensivmed Notfmed*. 2019, 114, str. 46 – 52.



úvahy o požadavku na poskytování zdravotních služeb na náležitě odborné úrovni. Znovu bych na tomto místě spíše než dichotomickou konstrukci zdůraznila potřebu procedurálního přístupu k řešení sporů o přiměřenosti, vhodnosti, resp. léčby, který zároveň umožní plnou realizaci autonomie pacienta a zároveň poskytne dostatečnou ochranu lékaři před postupy, která neodpovídají jeho klinickému názoru nebo jsou v rozporu s jeho svědomím nebo přesvědčením.<sup>165</sup>

Inspirací nám mohou být již zmiňované stanovisko An Official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM Policy Statement: Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units nebo německé Policy statement of the German Interdisciplinary Association of Intensive Care and Emergency Medicine, případně zcela specificky Texas Advance Directives Act 1999 (označován také jako Texas Futile Care Law)<sup>166</sup>, která obdobně jako mnohá další odborná doporučení kladou důraz na procedurální přístup k řešení sporů o poskytování nepřiměřené/nevhodné život udržující léčby. Cennou inspiraci nabízí rovněž *Guide on the decision-making proces regarding medical treatment in end-of-life situations*.

Jednotlivé fáze takového rozhodovacího procesu lze shrnout následovně.

1. Návrh léčebného postupu – Tato fáze zahrnuje zhodnocení zdravotního stavu pacienta ze strany ošetřujícího lékaře a konzultace zdravotního stavu s ošetřujícím týmem. V případě

---

<sup>165</sup> Pellegrino ve svých úvahách o právech a povinnostech pacientů a lékařů vychází z následující představy:

“1) *Patient autonomy is a moral right of patients, and it is a duty of physicians to respect it.*

2) *Integrity of conscience and professional judgement are moral rights of physicians. Society and patients have an obligation to respect them.*

3) *Physician autonomy is limited by a competent patient's or valid surrogate's moral right to refuse proffered treatment. The physician is obliged, however, to help the patient arrive at an autonomous decision by enhancing or empowering the patient's capacity to make authentic, self-governing choices.*

4) *The patient's autonomy is limited when it becomes a demand for treatment the physician honestly believes is not medically indicated, is injurious to the patient, or is morally repugnant.*

5) *The physician's autonomy is limited on questions of value, e.g., on questions of the goals or purposes to which medical knowledge may be put for particular individuals or societies.*

6) *Societies and institutions must establish mechanisms, with only minimal recourse to law, for unilateral discontinuance of the relationship when either patient or physician feels personal integrity is being compromised.*

7) *The first principle of medical ethics is still beneficence. Beneficence is essential if autonomy is to be authentically expressed and actualized.*” Pellegrino, E. D. Patient and Physician Autonomy: Conflicting Rights and Obligations in the Physician-Patient Relationship. *Journal of Contemporary Health Law and Policy*. 1985-2015, 1994, (10)1, str. 68.

<sup>166</sup> Texas Advance Directives Act 1999. Dostupný online na adrese: <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.166.htm>.



potřeby může zahrnovat svolání lékařského konzilia. Cílem je identifikace možných léčebných postupů.<sup>167</sup>

2. Názor pacienta a osob za něj rozhodujících – V další fázi se předpokládá nutnost zhodnocení zda, případně do jaké míry je pacient schopen vyjádřit svou vůli. Pokud není schopen vyjádřit svou vůli, je třeba identifikovat osoby rozhodující za pacienta a zjistit, zda pacient pro případ neschopnosti vyjádřit svou vůli vyslovil svá přání předem. Názor pacienta je pro volbu léčebného postupu rozhodující. V této souvislosti je třeba vyzdvihnout potřebu dostatečného prostoru pro komunikaci mezi lékaři a pacienty nebo osobami rozhodujícími za pacienta. Mnohé spory mohou vznikat jako důsledek nepochopení mezi zúčastněnými, nepochopení lékařem užívané terminologie ze strany pacienta nebo osob za něj rozhodujících nebo nejednotnosti v cílech, ke kterým má být z perspektivy jednotlivých zúčastněných léčba směřovat. Správnou komunikací lze těmto sporům účinně předcházet.<sup>168/169</sup>
3. Jako zcela zásadní se jeví požadavek, aby rozhodovací proces byl průkazně a pravdivě zaznamenán do zdravotnické dokumentace pacienta.

---

<sup>167</sup> Policy statement of the German Interdisciplinary Association of Intensive Care and Emergency Medicine výslovně formuluje jednotlivé otázky, které si má lékař klást, v rámci své úvahy o přiměřenosti léčby. Mezi nimi uvádí:

*“Do you think it is likely that the patient will survive the current situation?*

*Is the prognosis of survival based on objective assessment methods?*

*Do you believe that in case of survival, the patient will regain a health condition that meets his ideas of an acceptable quality of life?*

*Do you think it is possible that the current diagnostic and therapeutic measures are an unacceptable burden for the patient and will further deteriorate the patient's quality of life?”*

<sup>168</sup> Srov. Prendergast, T. J. Resolving conflicts surrounding end-of-life care. *New Horiz.* 1997, 5, str. 62 – 71. Garros, D. Rosychuk, R. J. Cox, P. N. Circumstances surrounding end of life in a pediatric intensive care unit. *Pediatrics.* 2003, 112, str. 371. Norton, S. A. Hogan, L. A. Holloway, R. G. Temkin-Greener, H. Buckley, M. J. Quill, T. E. Proactive palliative care in the medical intensive care unit: effects on length of stay for selected high-risk patients. *Crit Care Med.* 2007, 35, str. 1530 – 1535. Stapleton, R. D. Engelberg, R. A. Wenrich, M. D. Goss, C. H. Curtis, J. R. Clinician statements and family satisfaction with family conferences in the intensive care unit. *Crit Care Med.* 2006, 34, str. 1679 – 1685.

<sup>169</sup> Policy statement of the German Interdisciplinary Association of Intensive Care and Emergency Medicine formuluje také jednotlivé otázky, které si mají klást osoby rozhodující za pacienta. Uvádí mimo jiné následující:

*“What are your own wishes? What are your wishes for the patient? What do you presume the patient wishes himself?*

*Are you aware of the fact that it is highly unlikely that the patient survives this stage of disease?*

*Are you aware of the reduction in quality of life in case the patient survives this stage of disease (for example dependency on care, inability to communicate)?*

*Did you check if the current medical situation and the current therapy goal are in line with the patient's advance directive or with the preference the patient expressed in the past?*

*What other statement of the patient in the past could be relevant to find out what the patient might want in the current situation?”*

4. Konzultační služby („second opinion“) - Přetrvává-li názorový nesoulad, lze pacientovi nebo osobě za něj rozhodující nabídnout možnost konzultace zdravotního stavu pacienta nebo navrhovaného léčebného postupu s jiným poskytovatelem zdravotních služeb, resp. jiným zdravotnickým pracovníkem (téhož nebo jiného poskytovatele zdravotních služeb).<sup>170</sup>
  
5. Etické poradenství („ethics committee, ethics consultation“) - V dalším kroku se jako vhodné jeví využití služeb etické komitě nebo etického poradce, jsou-li v rámci poskytovatele takové služby k dispozici. Etické poradenství představuje metodu řešení eticky nepřehledných nebo komunikačně složitých situací, které v klinické praxi vznikají. Matějek vysvětluje: „*Pokud se problematická situace překlápí do osobního konfliktu a tato dynamika narůstá, pak se v jeho praktickém řešení uplatní komunikační rámec celé situace. Komunikačním rámcem myslím atmosféru a způsoby vedení rozhovorů v jakémkoliv mezilidském konfliktu. Jde o rámec komunikační, rámec mediační, přesněji rámec bioetické mediace.*<sup>171</sup> *Pro zjednodušení lze říci, že v první fázi se konflikt projevuje výhradně negativními emocemi bez slovního doprovodu. Proto je klíčovou dovedností detekce etického konfliktu schopnost empatie. V řešení konfliktu je pak důležité vědět, že ne vše, co účastník konfliktu říká, je skutečně to, o co mu jde (zájem). K hájení zájmu užívá účastník konfliktu různé strategie (pozice). Zvnějšku ovšem nejprve slyšíme pozice a až později užitím především aktivního naslouchání a dalších technik se můžeme dopracovat ke skutečným zájmům. Zájmy účastníků se někdy překrývají, tam vzniká konsenzus. Tento konsenzus lze analyzovat metodami klinické etiky. Tím se prošetří, zda je konsenzus přijatelný eticky. Konsenzus musí být také přijatelný právně.*“<sup>172</sup>
  
6. Soudní řešení sporu - Pokud spor nelze vyřešit žádným z uvedených způsobů, nezbyvá než jej řešit soudní cestou. V souladu s rozhodnutím Evropského soud pro lidská práva v případě *Lambert a další v. Francie* by právní řád měl zakotvovat efektivní procesní postup pro účinný přezkum rozhodnutí o nezahájení nebo ukončení život udržující léčby. Tomuto požadavku se podrobněji věnuji v kapitole 4 Rozhodovací proces.

---

<sup>170</sup>Texas Advance Directive 1999 specificky ukládá povinnost ošetřujícímu lékaři tuto možnost pacientovi nebo osobám rozhodujícím za pacienta nabídnout.

<sup>171</sup> Dabler, N. N. Liebman, C. B. *Bioethics Mediation: A Guide to Shaping Shared Solutions*. Revised and Expanded Edition. Nashville: Vanderbilt University Press, 2011.

<sup>172</sup> Matějek, J. Etické aspekty paliativní péče v nefrologii. In Szonovská, B. a kol. *Paliativa v nefrologii. Podpůrná a paliativní péče u pacientů s onemocněním ledvin*. Maxdorf s.r.o., 2019. str. 269 (dále citováno jako „Etické aspekty paliativní péče v nefrologii“).

7. Výhrada klinického názoru, výhrada svědomí - Etický kodex ČLK stanoví, že lékař nemůže být donucen k lékařskému výkonu, který odporuje jeho svědomí. Obdobně § 50 odst. 2 zákona o zdravotních službách stanoví, že zdravotnický pracovník je oprávněn odmítnout poskytnutí zdravotních služeb, pokud jejich poskytnutí odporuje jeho svědomí nebo náboženskému vyznání. Etický kodex ČLK rovněž říká, že lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a které pro nemocného považuje za nejvýhodnější. Přitom je povinen respektovat v co největší možné míře vůli nemocného (nebo jeho zákonného zástupce). V této souvislosti § 40 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách stanoví, že zdravotnický pracovník je povinen poskytovat zdravotní služby, ke kterým získal odbornou nebo specializovanou způsobilost podle jiných právních předpisů, v rozsahu odpovídajícím jeho způsobilosti, zdravotnímu stavu pacienta, na náležité odborné úrovni a řídit se etickými principy.

V návaznosti na uvedenou kritiku závěru, že marnou léčbu lze nezahájit nebo ukončit na základě autoritativního rozhodnutí lékaře, se mi toto řešení jeví jako správnější. Na straně jedné totiž respektuje autonomii pacienta, na straně druhé však respektuje také autonomii lékaře, tedy ponechává prostor lékaři volit léčebný postup dle svého klinického názoru, svého svědomí a přesvědčení s možností poskytnutí léčby odmítnout v okamžiku, kdy by se léčebný postup dostal do kolize s některou z těchto hodnot.

Krejčíková v této souvislosti uvádí, že za jedno z nejzákladnějších práv lékaře považuje: *„Právo lékaře poskytovat zdravotní péči v souladu s jeho klinickým názorem, samozřejmě za podmínky, že tento klinický názor vychází z dostupných poznatků vědy. Klinický názor přitom není totožný s výhradou svědomí dle § 50 odst. 2 zákona o zdravotních službách, jenž předjímá, že zdravotnický pracovník může odmítnout poskytnutí zdravotních služeb pacientovi v případě, že by jejich poskytnutí odporovalo jeho svědomí nebo náboženskému vyznání. Zatímco výhrada svědomí je privilegiem zdravotníka, poskytovat zdravotní péči dle svého klinického názoru je jeho právem i povinností.“*<sup>173</sup>

V tomto ohledu si dovoluji s Krejčíkovou nesouhlasit. Dle mého názoru, jak již mnohokrát zaznělo, rozhodování o poskytování péče v závěru života je ze své podstaty rozhodováním

---

<sup>173</sup> Trestní odpovědnost lékaře při ukončování léčby pacienta, str. 43.

nikoliv pouze klinickým, ale do značné míry hodnotovým. Výhrada svědomí tak mnohem lépe vystihuje oprávnění lékaře neposkytovat léčbu, kterou hodnotí jako nepřiměřenou, neboť nepřiměřenou z jeho pohledu nutně nemusí být léčba, která je léčbou bez náležité odborné úrovně, ale je léčbou, kterou by lékař s ohledem na svou hodnotovou orientaci nepovažoval za přiměřenou, vhodnou nebo účelnou.

Navzdory uvedenému závěru považuji za důležité korigovat jej apelem, aby výhrada svědomí zůstala v rozhodování o nezahájení nebo ukončení život udržující léčby výjimečným institutem, resp. aby nenahrazovala nebo neeliminovála transparentní a efektivní proces rozhodování o péči poskytované v závěru života.

8. Změna poskytovatele zdravotních služeb - Pokud názorový nesoulad nelze vyřešit v rámci jednoho poskytovatele, nabízí se jako krajní řešení přeložení pacienta k jinému poskytovateli zdravotních služeb. Na paměti je třeba mít § 48 odst. 2 písm. a) zákona o zdravotních službách, který stanoví, že ukončit péči o pacienta lze v případě, že poskytovatel zdravotních služeb prokazatelně předá pacienta s jeho souhlasem do péče jiného poskytovatele. Texas Advance Directive 1999 stanovuje přímo i přesnou lhůtu 10 dnů, do kdy má osoba rozhodující za pacienta možnost zajistit přeložení pacienta k jinému poskytovateli.

## **2.7 Shrnutí**

V této kapitole jsem se věnovala konceptu marné léčby. Domnívám se, že dílčí závěry analýzy provedené v jednotlivých podkapitolách lze shrnout ve třech bodech.

Současná zahraniční literatura, odborná doporučení a rozhodnutí soudů opustily představu, že by koncept marné léčby mohl být jednoznačnou dělící linií mezi autoritou lékaře a autonomií pacienta. Léčbu nelze hodnotit jako marnou pouze z hlediska medicínského, ale je vždy třeba zohlednit kritéria nemedicínská, hodnotová, tedy kritéria nutně se lišící v kontextu životních příběhů jednotlivých pacientů.

Dříve preferovaná terminologie (marné léčba) je ve snaze opustit dřívější paradigma nahrazena terminologií novou. Nejčastěji se objevuje označení nepřiměřená, nevhodná nebo neúčelná

léčba. Pochybnost lékaře o tom, zda se jedná o léčbu přiměřenou, vhodnou, resp. účelnou stojí na počátku procesu rozhodování o nezahájení nebo ukončení takové léčby, nikoliv na jeho konci.

I v českém právním prostředí platí, že nepřiměřenou, nevhodnou nebo neúčelnou léčbu nelze bez dalšího hodnotit jako léčbu bez náležité odborné úrovně. Nadto je třeba znovu připomenout, že z hlediska práva je zásadní nikoliv to, jaká je podoba péče o konkrétního pacienta v závěru jeho života, jako spíše to, zda byl dodržen transparentní rozhodovací proces zaručující ochranu ústavně garantovaných práv pacienta, zejména práva zakotveného v článku 2 a článku 8 Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod. V tomto lze vidět největší nedostatek českého právního prostředí, neboť se lze důvodně domnívat, že transparentní rozhodovací proces není v mnoha případech dodržen, resp. není vůbec přítomen.

### 3 Nezahájení a ukončení život udržující léčby

#### 3.1 Úvod

V předchozí kapitole jsem se zabývala otázkou, jak definovat marnou léčbu, z čí perspektivy má být léčba jako marná hodnocena a zda je lékař povinen poskytovat léčbu, kterou hodnotí jako marnou. V závěru kapitoly jsem předestřela, jak by z mého pohledu mohlo v klinické praxi probíhat rozhodování o nezahájení nebo ukončení život udržující léčby, je-li hodnocena jako marná.

Jak je patrné, ve své úvaze jsem se soustředila toliko na otázku, za jakých okolností lze nezahájit nebo ukončit život udržující léčbu. Zcela stranou jsem prozatím ponechala jiné otázky, které s problematikou rozhodování o nezahájení nebo ukončení život udržující léčby zřetelně souvisí, totiž otázky, zda existuje rozdíl mezi nezahájením a ukončením již zahájené život udržující léčby, zda existuje rozdíl mezi tzv. intermitentní a kontinuální život udržující léčbou a jak nezahájení nebo ukončení život udržující léčby odlišit od eutanázie.<sup>174</sup> Tyto otázky mají stejně jako problematika marné léčby veliký význam a vedle tématu marné léčby mohou být bez dalšího zařazeny do kategorie nejkontroverznějších a nejdiskutovanějších témat etiky a práva závěru života.

V zahraničí k uvedeným otázkám existuje velké množství literatury jak etické, tak právní. K problematice rozlišení mezi nezahájením a ukončením život udržující léčby a odlišení těchto postupů od eutanázie se vyjadřují také všechna zmiňovaná odborná doporučení (a nejen ta). Existuje rovněž významné množství soudních rozhodnutí, která tyto otázky rozpracovávají. V České republice v posledních letech přibývá odborné literatury, která se této problematice věnuje, bohužel až na výjimky stále spíše jen okrajově.<sup>175</sup> Rozhodovací praxe i nadále chybí a rovněž i nadále absentuje kvalifikovaná eticko-právní diskuze o této problematice.

---

<sup>174</sup> Používám-li v následujícím textu pojmu „eutanázie“, rozumím jím „*usmrčením (killing) pacienta přímou činností lékaře (aktivním konáním)*“. Jak Kuře uvádí, „*pro upřesnění a jednoznačnost lze uvést termín dobrovolná aktivní eutanazie právě kvůli zdůraznění pacientovy aktivity. Dobrovolná aktivní eutanazie je pacientem dobrovolně zvolená smrt, kdy následně lékař vyvine aktivitu (zpravidla podá letální dávku léku), kterou přímo ukončí život pacienta, jenž to prokazatelně požadoval. Znamená to oboustrannou aktivnost a dobrovolnost.*“ Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti.

<sup>175</sup> Zmínit lze především Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře. Doležal, A. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života*. Praha: Academia, 2017.

Zatímco ze zahraniční odborné literatury a rozhodovací praxe soudů vyplývá jednoznačné stanovisko, že z hlediska etického a právního není rozdíl mezi nezahájením a ukončením život udržující léčby, avšak existuje rozdíl mezi těmito postupy a eutanázií, v českém prostředí pokračuje (nutno podotknout mnohdy výrazně nekvalifikovaná) diskuze vyjadřující zejména pochybnosti, zda lze ukončit již zahájenou život udržující léčbu a zda takový postup není „eutanázií“.

V klinické praxi tak lze vysledovat rozdílné přístupy lékařů, od přístupu, kdy lze nezahájit život udržující léčbu (např. pacienta lze nenapojit na umělou plicní ventilaci), avšak nelze ukončit již zahájenou léčbu (např. pacienta nelze napojit a následně odpojit z umělé plicní ventilace), přes přístup, kdy lze nezahájit život udržující léčbu, lze nepokračovat v tzv. intermitentní život udržující léčbě (např. lze nepokračovat v hemodialyzační léčbě), ale nelze ukončit již zahájenou kontinuální život udržující léčbu (nelze deaktivovat implantabilní kardioverter-defibrilátor), po přístup, kdy lze nezahájit život udržující léčbu, lze ukončit intermitentní léčbu a lze ukončit kontinuální život udržující léčbu, ovšem jen určitý druh této léčby (např. lze deaktivovat implantabilní kardioverter-defibrilátor, avšak nelze deaktivovat kardiostimulátor). S proměnlivou intenzitou se v rámci této diskuze objevuje rovněž otázka legalizace eutanázie v České republice.

Podobně jako v souvislosti s pojmem marná léčba také v kontextu diskuze o rozhodnutích v závěru života i nadále panuje poměrně zřejmá neshoda na užívané terminologii. Ta je dána do určité míry skutečností, že v etických teoriích na straně jedné a právních teoriích na straně druhé mohou být některé instituty definovány a užívány různým způsobem, což v důsledku vede k rozměňování distinkcí při právním hodnocení rozhodnutí v závěru života. Odlišnost terminologie je dána rovněž odlišností právních systémů jednotlivých zemí.

Typickým příkladem terminologicky nejasného označení je rozhodnutí spočívající v odpojení od přístrojové podpory vitálních funkcí. Zatímco někteří autoři takové jednání označují za pasivní eutanázii, jiní ho nahlíží jako jednání podstatně odlišné od pasivní eutanázie a označují jej jako upuštění od ukončení život udržující léčby. Britská rozhodovací praxe toto jednání označuje za nekonání, resp. opomenutí, naopak důvodová zpráva k českému zákonu o zdravotních službách v něm spatřuje „aktivní způsobení smrti“.



Česká odborná i laická veřejnost i nadále připomíná kategorizaci eutanázie vymezenou zejména ve starší odborné literatuře (eutanázie přímá a nepřímá, aktivní a pasivní, vyžádaná a nevyžádaná) a zpravidla buď účelově, nebo v důsledku neznalosti za eutanázií označuje ve výsledku jakýkoliv postup lékaře při péči o pacienta v závěru života. K obecnému zmatení terminologie přispívají také média, která nezdědky referují o snahách legalizovat eutanázií v kontextu diskuze o limitaci život udržující léčby (nezahájení nebo ukončení život udržující léčby).

Ve snaze vyjasňovat rozdíly mezi jednotlivými kategoriemi jednání i já v této práci na určitých místech používám zavedené terminologie, zejména označení pasivní a aktivní eutanázie. Zdůrazňuji však hned v úvodu, že používanou kategorizaci považuji nejen za nepřínosnou, ale přímo škodlivou pro kvalifikovanou diskuzi o otázkách souvisejících s poskytováním péče v závěru života. Zejména rozlišování mezi aktivní a pasivní eutanázií, aniž by autor výroků o těchto kategoriích vysvětlil, co používanými pojmy rozumí, je dle mého soudu významnou překážkou, která nedovolí posun od zcela mechanického přejímání zavedených a historicky tradovaných kategorií eutanázie k mnohem významnější úvaze o etické a právní legitimitě takových postupů.

V tomto ohledu se zcela ztotožňuji s Kuřetem, který uvádí: *„Krom podřazování eutanazie pod paliativní péče za další významné sémantické a koncepční nedorozumění považuji ztotožňování eutanazie s nerozšiřováním léčby (withholding) a s upouštěním od medicínsky marných postupů (withdrawal). Pomyšlení, že bychom diferencování v léčbě, a tím i kategorizování léčby měli označovat za („pasivní“) eutanázií, považuji za absurdní a šílené zároveň. Vzhledem k tomu, že k naprosté většině úmrtí na terminální stádium choroby dochází po redukování terapie a po opuštění kurativního medicínského modu, by to logicky znamenalo, že eutanazie je nejčastějším modem smrti ve zdravotnickém zařízení. Ani predikátem „pasivní“ bychom toho moc nevysvětlili. (...) Kategorizace medicínských postupů patří do komplexu rozhodování na konci života a je součástí konceptu dobré a důstojné smrti, ovšem není eutanázií (usmrcením lékařem). (...) V mém sémantickém pojetí něco takového jako „pasivní eutanázie“ vůbec neexistuje – je-li eutanázie usmrcením na žádost, pak zároveň není neusmrcením (ponecháním zemřít umírajícího). Termín „pasivní eutanázie“ pro mě má význam pouze historický pro porozumění tomu, co se jí chtělo vyjádřit a morálně zdůvodnit – zejména v sedmdesátých a osmdesátých letech minulého století. Jsem přesvědčen, že úplné upuštění od termínu „pasivní eutanázie“ prospěje našim diskusím o rozhodování na konci života. Paliativní medicínu*

*prostupující všechny lékařské obory nebude vnímat prizmatem všeobecného medicínského „pasivního eutanazování“ vznikajícího upouštěním od kauzální léčby v případech medicínské marnosti a zaměřením na symptomatickou léčbu.“<sup>176</sup>*

Jak jsem již zmínila, v další části práce vycházím z terminologie představené Kuřetem v publikaci *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*. Aktivní eutanázií (resp. eutanázií, „active euthanasia“) rozumím usmrcení pacienta přímou činností lékaře (aktivním konáním), tedy situaci, kdy lékař koná (zpravidla podá letální dávku léků) a jeho konání vede ke smrti pacienta. Pasivní eutanázií („passive euthanasia“) dle publikace Doležala *Eutanázie a rozhodnutí na konci života* rozumím případy, kdy lékař odepře pacientovi léčbu nebo zahájenou léčbu ukončí, ačkoliv léčbu byl povinen poskytovat, což vede ke smrti pacienta. Od těchto situací pak terminologicky odlišuji nezahájení nebo ukončení život udržující léčby („withholding, withdrawing life-sustaining treatment“), které považuji za eticky i právně odlišné od prvních dvou uvedených kategorií.

Zatímco aktivní a pasivní eutanázií lze v rovině právní hodnotit jako usmrcení pacienta s možnými trestněprávními následky, ukončení nebo nezahájení život udržující léčby lze naopak hodnotit jako postup, který zcela legitimně zohledňuje jednak limity současné medicíny a jednak představu jednotlivých pacientů o tom, jak si přejí strávit závěr svého života. Tato jednání bývají v literatuře souhrnně označována termínem terapeutická pasivita na konci života a je třeba je odlišit od jednání označeného jako pasivní eutanázie.<sup>177</sup>

Právě odlišení pasivní eutanázie, nezahájení život udržující léčby a ukončení život udržující léčby, je v kontextu diskuze o rozhodování v závěru života naprosto zásadní a v kontextu aktuálně probíhající diskuze v českém právním prostředí také nejvíce aktuální. Proto je mu v této části práce věnována největší pozornost. Jejím cílem je představit argumenty, které zaznívají v zahraniční rozhodovací praxi a odborných doporučeních pro odlišení těchto postupů, a zvážit, do jaké míry jsou tyto argumenty nosné také v českém právním prostředí.

---

<sup>176</sup> Co je to eutanázie. Studie k pojmu dobré smrti, str. 234.

<sup>177</sup> Eutanázie a rozhodnutí na konci života, str. 24 – 25.

## 3.2 Nezahájení a ukončení život udržující léčby v judikatuře soudů

### 3.2.1 Velká Británie

Precedentním případem britské rozhodovací praxe k otázce rozlišení mezi nezahájením a ukončením život udržující léčby a rozlišením mezi těmito postupy a eutanázií je bezpochyby případ *Airedale NHS Trust v Bland*. Jak jsem již uvedla v kapitole 2, rozhodnutí ve věci *Airedale* bylo zásadní z několika důvodů.

V souvislosti s řešenou otázkou rozlišení uvedených jednání britský House of Lords vyjádřil stanovisko, že ukončení život udržující léčby (v tomto případě umělé hydratace a výživy) je třeba kvalifikovat jako opomenutí („an omission to act“), nikoliv konání („an act“). Z pohledu práva je povaha jednání spočívajícího v nezahájení život udržující léčby a jednání spočívajícího v ukončení takové léčby totožná, a to za předpokladu, že lékař život udržující léčbu ukončuje s ohledem na nejlepší zájem pacienta.<sup>178</sup>

Lord Goff v odůvodnění rozhodnutí uvádí: „*Souhlasím, že jednání lékaře spočívající v ukončení život udržující léčby je třeba kvalifikovat jako opomenutí. Je pravdou, že z pozice vnějšího pozorovatele lze pouze obtížně říct, co z jednání lékaře je skutečně (reálně) opomenutím (nekonáním). (...) V řešeném kontextu je však třeba na jednání lékaře nahlížet s ohledem na podstatu jeho jednání. V tomto smyslu se ukončení život udržující léčby nikterak neliší od jednání lékaře spočívajícího v nezahájení totožné život udržující léčby. V obou případech totiž lékař nečiní další kroky k udržení života pacienta, ale nechává pacienta zemřít. (...) Je však třeba zdůraznit, že z pohledu práva existuje významný rozdíl mezi případy, kdy lékař nezahájí nebo ukončí život udržující léčbu, a kdy lékař například podá pacientovi smrtelnou dávku léku v úmyslu pacienta usmrtit. Zde leží hranice mezi jednáním lékaře spočívajícím v péči o umírajícího pacienta a jednáním lékaře spočívajícím v usmrcení pacienta.*“<sup>179</sup>

Lord Browne-Wilkinson dále vysvětluje: „*Vyjma samotného aktu vyjmutí nasogastrické sondy, nepokračování život udržující léčby nemůže být v obecném slova smyslu kvalifikováno jako*

---

<sup>178</sup> Srov. Jackson, E. *Medical Law. Text, cases and materials*. 3rd edition. Oxford: Oxford University Press, 2013, str. 957 (dále citováno jako „Medical Law. Text, cases and materials.“).

<sup>179</sup> *Airedale NHS Trust v Bland* [1993] AC 789 (HL).

konání, naopak z povahy věci je nepokračování zahájené léčby zcela zjevně nekonání. Nutno připustit, že vyjmutí nasogastrické sondy, stejně jako vypnutí umělé plicní ventilace lze jen obtížně hodnotit jako nekonání. Dle mého názoru bychom však ani v jednom případě neměli jednání lékaře kvalifikovat jako konání, neboť bychom tím svou úvahu namísto podstaty jednání lékaře zcela nesprávně opírali o povahu jednotlivých úkonů, které lékař činí. K odlišnému závěru bychom pak museli dospět v případě, kdy by lékař ukončil život udržující léčbu vyjmutím nasogastrické sondy, a v případě, kdy by lékař nechal nasogastrickou sondu na místě, ale nepokračoval by v podávání umělé výživy do sondy. V prvním případě by se s ohledem na takové rozlišování jednalo o konání lékaře, v druhém případě o nekonání. Obdobným způsobem bychom mohli uvažovat v souvislosti s ukončováním umělé plicní ventilace. V případě, kdy by lékař vypnul plicní ventilaci, jednalo by se o konání, v případě, kdy by ventilaci vypnul časovač instalovaný na ventilátoru a lékař by ventilaci znovu nezapnul, jednalo by se o nekonání. Dle mého úsudku, podstata jednání lékaře spočívá v nekonání v tom smyslu, že nepokračuje v poskytování život udržující léčby. Vyjmutí nasogastrické sondy nebo vypnutí umělé plicní ventilace jsou jen dílčí úkony bez právní relevance.<sup>180</sup>

Ačkoliv se rozhodnutí ve věci *Airdale* neobešlo bez kritiky, v současné době v britském právním prostředí neexistuje pochyb o tom, že postup lékaře spočívající v nezahájení život udržující léčby a postup spočívající v ukončení život udržující léčby jsou z pohledu práva totožné. Lékař je oprávněn bez hrozby právního postihu ukončit jakoukoliv život udržující léčbu, včetně léčby kontinuální.

V tomto smyslu jsou formulována všechna současná odborná doporučení, která dopadají na oblast poskytování péče v závěru života, včetně již analyzovaného doporučení General Medical Council *Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making*, doporučení British Medical Association *Withholding or Withdrawing Life-Prolonging Medical Treatment: Guidance for Decision Making*, doporučení Nuffield Council on Bioethics *Critical care decisions in fetal and neonatal medicine. Decision making: the ethical issues* a doporučení Royal College of Paediatrics and Child Health, *Making decisions to limit treatment in life-limiting and life-threatening conditions in children: a framework for practice*.

Doporučení GMC v souvislosti s otázkou rozlišení mezi nezahájením a ukončením život udržující léčby připouští, že ačkoliv mezi nimi neexistuje etický a právní rozdíl, pro

---

<sup>180</sup> Ibid.

zdravotnické pracovníky podílející se na péči o umírajícího pacienta může být emočně výrazně obtížnější akceptovat rozhodnutí ukončit život udržující léčbu nežli rozhodnutí takovou léčbu nezahájit. Doporučení přesto zdůrazňuje, že distres spojený s rozhodováním o ukončení život zachraňující léčby nesmí ovlivnit klinický úsudek lékaře, nesmí vést k lékaři (potenciálně preferovanému) nezahájení život udržující léčby, která pacientovi může přinést benefit, nebo naopak k neukončení život udržující léčby, která pacientovi žádný benefit přinést nemůže.<sup>181</sup>

S ohledem na etickou a právní totožnost jednání spočívajícího v nezahájení a ukončení život udržující léčby doporučení rovněž velmi příhodně nabádá, aby v případech, kdy existuje nejistota, zda určitá léčba bude pro pacienta přínosná nebo nikoliv, byla tato léčba zahájena a teprve následně v okamžiku, kdy je po dalším zhodnocení zdravotního stavu pacienta zřejmé, že léčba pro pacienta přínosná není, byla ukončena. Tímto způsobem, kdy finální rozhodnutí je odloženo na okamžik, kdy má lékař i osoba rozhodující za pacienta k dispozici více informací, může být eliminován jak tlak na lékaře rozhodovat se v situaci klinickou nejistoty, tak případná nedůvěra ze strany osob rozhodujících za pacienta, zda skutečně byly vyčerpány všechny možnosti léčby.<sup>182</sup>

Doporučení Nuffield Council on Bioethics obdobně vyjadřuje stanovisko, že je-li způsob poskytování péče nezletilému pacientovi determinován nejlepším zájmem pacienta, pak nelze ani v rovině etické, ani v rovině právní rozlišovat mezi nezahájením a ukončením život udržující léčby. Oba postupy mohou být s ohledem na konkrétní okolnosti považovány za postup zcela v souladu s právem.<sup>183</sup>

Zcela totožně doporučení RCPCCH uvádí, že nezahájení a ukončení život udržující léčby jsou postupy eticky a právně ekvivalentními. Zastřešující úvahou z pohledu práva není, zda existuje rozdíl mezi nezahájením a ukončením život udržující léčby, ale zda kterýkoliv z těchto postupů je v nejlepším zájmu pacienta. Jinými slovy, je zcela přípustné ukončit život udržující léčbu, kterou by s ohledem na konkrétní okolnosti bylo přípustné nezahájit. Přípustnost nezahájení

---

<sup>181</sup> Srov. Levin, P. D. Sprung, Ch. L. Withdrawing and withholding life-sustaining therapies are not the same. *Crit Care*. 2005, 9(3), str. 230 – 232.

<sup>182</sup> Doporučení GMC, para. 31 – 32.

<sup>183</sup> Doporučení Nuffield Council on Bioethics, para. 2.33. Doporučení připouští, že někteří autoři mohou být v souvislosti s rozlišováním nezahájení a ukončení život udržující léčby přesvědčeni o relevanci rozlišení mezi konáním a opomenutím. Nuffield Council on Bioethics však toto přesvědčení nesdílí a odkazuje na kritiku tohoto rozlišení z pera Jamese Rachelse: Rachels, J. Active and passive euthanasia. *The New England Journal of Medicine*. 1975, 292, str. 78 – 80.

nebo ukončení léčby je třeba hodnotit nikoliv s ohledem na konkrétní postup lékaře, tj. zda jednání lékaře spočívá ve „fyzickém“ konání nebo nekonání, ale s ohledem na nejlepší zájem pacienta. Rovněž doporučení RCPCH zdůrazňuje, že větší psychologická nebo emoční náročnost spojená s ukončením život udržující léčby by neměla ovlivnit rozhodnutí lékaře nebo jeho implementaci ze strany dalších zdravotnických pracovníků podílejících se na péči o pacienta.<sup>184</sup>

### 3.2.2 Spojené státy americké

Jiný pohled na rozlišení nezahájení a ukončení život udržující léčby nabízí americká judikatura. Precedentním se v tomto kontextu stal případ *Cruzan v. Director, Missouri Department of Health*.<sup>185</sup> V odborné literatuře bývá označován jako první „*right to die*“ případ, tedy první případ řešící otázku práva pacienta odmítnout život udržující léčbu.

Americký nejvyšší soud rozhodl, že lékaři jsou oprávněni ukončit život udržující léčbu (v tomto případě umělou hydrataci a výživu), pokud existují přesvědčivé důkazy o tom, že by si pacient takovou léčbu s ohledem na svůj zdravotní stav nepřál. Neukončení život udržující léčby přesto, že existují důkazy, že by si pacient takovou léčbu nepřál, je porušením ústavně garantovaného práva na ochranu člověka před zásahy státu do práva na svobodu („*right to liberty*“) ve smyslu čtrnáctého dodatku k americké ústavě.<sup>186</sup> Nejvyšší soud zároveň explicitně uvedl, že z pohledu etického i právního jsou postupy spočívající v nezahájení a ukončení život udržující léčby ekvivalentní.

Své rozhodnutí tak americký nejvyšší soud na rozdíl od britského House of Lords ve věci *Airdale* nestaví na argumentaci, že lze nezahájit nebo ukončit život udržující léčbu, protože léčba není v nejlepším zájmu pacienta, ale na argumentaci, že lze nezahájit nebo ukončit život udržující léčbu, protože existují přesvědčivé důkazy o tom, že by pacient k takové léčbě nedal souhlas. Úvaha lékaře o podobě léčby pacienta v závěru života tedy nemá být postavena na rozlišení nezahájení a ukončení život udržující léčby, ale na rozlišení, zda pacient k takové

---

<sup>184</sup> Doporučení RCPCH, para. 3.1.1.

<sup>185</sup> *Cruzan v. Director, Missouri Department of Health*, (88-1503), 497 U. S. 261 (1990).

<sup>186</sup> 14. dodatek k Ústavě Spojených států amerických, s. 1: “*All persons born or naturalized in the United States, and subject to the jurisdiction thereof, are citizens of the United States and of the state wherein they reside. No state shall make or enforce any law which shall abridge the privileges or immunities of citizens of the United States; nor shall any state deprive any person of life, liberty, or property, without due process of law; nor deny to any person within its jurisdiction the equal protection of the laws.*”



léčbě dal nebo nedal souhlas, resp. zda by pacient k takové léčbě dal nebo nedal souhlas, pokud by byl způsobilý rozhodnout. V tomto ohledu rozlišení nezahájení a ukončení život udržující léčby postrádá smysl a zůstává otázkou ryze technickou, resp. formalistickou bez etické nebo právní relevance.

V souladu s rozhodnutím ve věci *Cruzan* všechna současná odborná doporučení k poskytování péče v závěru života zdůrazňují, že z pohledu etického a právního není rozdíl mezi nezahájením a ukončením život udržující léčby.<sup>187</sup> Pro ilustraci lze zmínit doporučení President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research s názvem *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment: Ethical, Medical, and Legal Issues in Treatment Decisions*,<sup>188</sup> doporučení US Congress, Office of Technology Assessment s názvem *Life-Sustaining Technologies and the Elderly*,<sup>189</sup> doporučení New York State Task Force on Life and Law s názvem *Life-Sustaining Treatment: Making Decisions and Appointing a Health Care Agent*,<sup>190</sup> doporučení American Medical Association s názvem *Current Opinions of the Council on Ethical and Judicial Affairs of the American Medical Association: Withholding or Withdrawing Life Prolonging Treatment*,<sup>191</sup> doporučení American Nurses' Association Task Force on the Nurse's Role in End of Life Decisions. *Position Statement on Foregoing Artificial Nutrition and Hydration*<sup>192</sup> a nakonec doporučení American Thoracic Society Bioethics Task Force s názvem *Withholding and withdrawing life sustaining therapy*.<sup>193</sup>

---

<sup>187</sup> Některá z nich chronologicky předchází rozhodnutí nejvyššího soudu ve věci *Cruzan*, jiná jsou časově mladší a na toto rozhodnutí přímo odkazují.

<sup>188</sup> President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment: Ethical, Medical, and Legal Issues in Treatment Decisions*. Washington, DC: US Government Printing Office, 1983.

<sup>189</sup> US Congress, Office of Technology Assessment. *Life-Sustaining Technologies and the Elderly*. Washington, DC: US Congress, Office of Technology Assessment, 1987.

<sup>190</sup> New York State Task Force on Life and Law. *Life-Sustaining Treatment: Making Decisions and Appointing a Health Care Agent*. 1987.

<sup>191</sup> American Medical Association. *Current Opinions of the Council on Ethical and Judicial Affairs of the American Medical Association: Withholding or Withdrawing Life Prolonging Treatment*. 1992.

<sup>192</sup> American Nurses' Association. *American Nurses' Association Task Force on the Nurse's Role in End of Life Decisions. Position Statement on Foregoing Artificial Nutrition and Hydration*. 1992.

<sup>193</sup> American Thoracic Society Bioethics Task Force. *Withholding and withdrawing life sustaining therapy*. *Am Rev Respir Dis*. 1991, 144, str. 726 – 731.



### 3.2.3 Kanada

Kanadská rozhodovací praxe v souvislosti s otázkou rozlišení nezahájení a ukončení život udržující léčby sleduje argumentační linku představenou americkým nejvyšším soudem ve věci *Cruzan*. V kanadském precedenčním případě *Rodriguez v. British Columbia (Attorney General)*<sup>194</sup> nejvyšší soud uvádí: „Existuje právo zvolit si, jakým způsobem bude nakládáno s lidským tělem, a to i v kontextu poskytování léčby, která může pacientovi zachránit život. Poskytování takové léčby přes nesouhlas pacienta je neoprávněným zásahem do jeho integrity. Dle našeho common law má pacient právo žádat, aby léčba, včetně léčby život zachraňující, nebyla zahájována, případně pokud již zahájena byla, aby byla ukončena.“ Soud rovněž uvádí: „Nevidím žádný rozdíl mezi právem pacienta odmítnout život zachraňující léčbu a právem pacienta žádat, aby již zahájená život zachraňující léčba byla ukončena.“<sup>195</sup>

Kanadský nejvyšší soud rozhodnutím ve věci *Rodriguez* navazuje na předešlá rozhodnutí ve věci *Ciarlariello v. Schacter*,<sup>196</sup> *Nancy B. v. Hôtel-Dieu de Québec*<sup>197</sup> a *Malette v. Shulman*,<sup>198</sup> která zakotvují právo pacienta odmítnout jakoukoliv léčbu, a to i v případě, že léčba může být pro pacienta život zachraňující. Potvrzuje, že z pohledu kanadského common law neexistuje rozdíl mezi nezahájením a ukončením život udržující léčby. Vedle těchto rozhodnutí odkazuje rovněž na rozhodnutí amerického nejvyššího soudu ve věci *Cruzan* a rozhodnutí britského House of Lords ve věci *Airdale*, čímž vyjadřuje názorovou shodu se zahraniční rozhodovací praxí v otázce rozlišování mezi nezahájením a ukončením život udržující léčby.

### 3.2.4 Izrael<sup>199</sup>

Izraelská právní úprava představuje v určitých ohledech zcela specifický přístup k řešení otázky rozdílu mezi nezahájením a ukončením život udržující léčby. Dying Patient Act 2005,<sup>200</sup> zákon komplexně upravující právní aspekty poskytování péče v závěru života, totiž vymezuje rozdíl

---

<sup>194</sup> *Rodriguez v. British Columbia (Attorney General)*, [1993] 3 S. C. R. 519.

<sup>195</sup> *Ibid.*

<sup>196</sup> *Ciarlariello v. Schacter*, [1993] 2 S. C. R. 119.

<sup>197</sup> *Nancy B. v. Hôtel-Dieu de Québec* (1992), 86 D. L. R. (4th) 385 (Que. S. C.).

<sup>198</sup> *Malette v. Shulman* (1990), 72 O. R. (2d) 417 (C. A.).

<sup>199</sup> V této části dizertační práce čerpám z materiálů získaných v průběhu výzkumného pobytu na Interdisciplinary Center Herzliya College v červenci 2019 absolvovaného díky podpoře v rámci projektu Masaryk Distinguished Chair in Israel.

<sup>200</sup> V odborné izraelské literatuře se objevuje rovněž překlad Patient Near Death Law 2005.

mezi cyklickou (intermitentní) život udržující léčbou a život udržující léčbou kontinuální. Dle povahy léčby pak stanoví, zda je přípustné léčbu nezahájit nebo ukončit.<sup>201</sup>

Toto rozlišení se opírá o učení obsažené v židovském náboženském právu (označovaném jako *halacha*)<sup>202/203</sup> a do zákona bylo zakotveno z iniciativy členů Steinberg Committee reprezentujících izraelskou ortodoxní židovskou komunitu.

Dle *halachy*, *goses* (umírající člověk v terminální fázi umírání) je považován ve všech ohledech za žijícího člověka. Jakékoliv jednání vedoucí ke smrti umírajícího člověka je považováno za vraždu. Talmud přirovnává umírajícího člověka k hořící svíčce, která, pokud se jí dotkneme, zhasne. Proto se umírajícího člověka nelze dotknout, neboť takový dotyk může způsobit jeho smrt.<sup>204</sup>

V *Sefer Hasidim* (Knize zbožných) se však zároveň uvádí, že nesmí být bráněno odchodu duše zemřelého člověka. *Sefer Hasidim* vychází z biblického verše „*Pro všechno je ustanovený čas, ano, čas pro každou záležitost pod nebesy. Čas rodit a čas umírat (...)*“.<sup>205</sup> *Halacha* tedy zdůrazňuje, že proces umírání nesmí být ani uměle prodlužován, příchod smrti však nesmí být ani urychlován. Je tedy přípustné odstranit překážky, které brání odchodu duše z těla zemřelého člověka, avšak nepřípustné dotykem způsobit smrt umírajícího člověka.

---

<sup>201</sup> Před přijetím Dying Patient Act 2005 byly tyto otázky řešeny skrze obecné právní předpisy, zejména Human Dignity and Liberty Act 1992, který zakotvuje právo pacienta za určitých okolností odmítnout život udržující léčbu. Přelomovým rozhodnutím s ohledem na právo pacienta odmítnout život udržující léčbu a odlišení odmítnutí život udržující léčby od eutanázie bylo rozhodnutí izraelského nejvyššího soudu ve věci *Shefer v. The State of Israel* (CA 506/88 *Shefer v. The State of Israel*, PD 48(1) 87, 167-168 (1993)). V následujících letech také obvodní soudy ve své rozhodovací praxi potvrdily právo pacienta odmítnout zahájení jakékoliv léčby, včetně umělé plicní ventilace, a právo žádat, aby taková léčba byla ukončena, a to za předpokladu, že u pacienta bylo potvrzeno terminální stádium nevléčitelného onemocnění. Srov. Gilbar, R. Breathless: On Israeli District Court's decision to allow doctors to switch off a terminal patient's ventilator. *The Law on the Net: Human Rights*. 2015, 35, 47 – 49. V roce 1996 Ministerstvo zdravotnictví v návaznosti na rozhodovací praxi soudů vydalo odborné doporučení k poskytování péče v závěru života s názvem *Treating the dying patient* (dostupné online na adrese: [http://www.health.gov.il/hozer/mk02\\_1996.pdf](http://www.health.gov.il/hozer/mk02_1996.pdf)). V roce 2000 Ministerstvo zdravotnictví sestavilo komisi, později označovanou podle předsedy komise Avrahama Steinberga Steinberg Committee, k přípravě návrhu zákona, který by komplexně upravil veškeré aspekty poskytování péče v závěru života. Závěrečná zpráva komise byla Ministerstvu zdravotnictví představena v roce 2002 (dostupné online na adrese: [http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/steinberg\\_committee.pdf](http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/steinberg_committee.pdf)). Dying Patient Act byl přijat v roce 2005, po opakovaných jednáních izraelského parlamentu a jeho jednotlivých výborů. Na rozdíl od předešlé rozhodovací praxe soudů zákon specificky stanoví, že kontinuální život udržující léčbu nelze ukončit.

<sup>202</sup> Steinberg, A. The Halachic basis of the dying patient law. *Assia-Jewish Medical Ethics*. 2008, 6(2), str. 30 – 40.

<sup>203</sup> Podrobněji Sinclair, D. B. *Jewish biomedical law. Legal and Extra-legal Dimensions*. Oxford: Oxford University Press, 2003, str. 181 – 284 (dále jen „Jewish biomedical law“).

<sup>204</sup> Jewish biomedical law, str. 181.

<sup>205</sup> Kazatel: 3, 1-2.

V kontextu rozlišení mezi nezahájením a ukončením život udržující léčby je tak významné, že nezahájení léčby je vnímáno jako jednání, které neprodlužuje proces umírání, neklade překážky, které by uměle oddalovaly odchod duše z těla umírajícího pacienta. Naopak, ukončení život udržující léčby je vnímáno jako jednání, které vede ke smrti umírajícího pacienta, a je proto dle židovského práva zakázáno. Nutno zdůraznit, že ukončení léčby je zakázáno pouze v případě, kdy ukončení léčby předpokládá dotyk způsobující smrt člověka. Židovský kodex z 16. století například zakazuje odstranění polštáře, na němž umírající člověk leží, neboť takové jednání může znamenat dotknutí se umírajícího člověka. V tomto smyslu *halacha* nepřipouští ukončení život udržující léčby, která v přeneseném významu předpokládá fyzickou aktivitu, konání lékaře.

Z pohledu *halachy* je rovněž významné to, že pro požadavek, aby duše opustila tělo umírajícího člověka ve stanovený čas, nejsou nikterak relevantní přání umírajícího člověka. *Sefer Hasidim* explicitně říká, že „*přání umírajícího člověka, aby byl přemístěn na jiné místo, kde by si raději přál zemřít, nesmí být respektováno*“,<sup>206</sup> neboť respektování takového přání by znamenalo manipulaci s tělem umírajícího člověka, dotyk, který je nepřipustný.

S ohledem na tato pravidla, Dying Patient Act 2005 stanoví, že lze nezahájit život udržující léčbu (s výjimkou umělé hydratace a výživy). Umělou hydrataci a výživu, stejně jako paliativní péči je lékař povinen poskytovat vždy bez ohledu na přání pacienta.<sup>207</sup> Dále stanoví, že lze nezahájit nebo ukončit cyklickou život udržující léčbu (typicky radioterapii, chemoterapii nebo dialýzu), vyjádřil-li pacient v tom smyslu své přání. Nepokračování v cyklické život udržující léčbě je dle *halachy* vnímáno jako jednání spočívající v neprodlužování umírání. Nakonec stanoví, že lze nezahájit kontinuální život udržující léčbu, včetně umělé plicní ventilace, tuto léčbu však nelze ukončit, ledaže by kontinuální léčba skrze technologické prostředky<sup>208</sup> byla poskytována jako cyklická (intermitentní).

Připuštění možnosti změny kontinuální léčby na cyklickou za využití technologických prostředků vychází ze zmiňovaného pravidla *halachy*, které zakazuje fyzickou manipulaci

---

<sup>206</sup> Sefer Hasidim, č. 722.

<sup>207</sup> Článek 16(b) Dying Patient Act 2005.

<sup>208</sup> Technologickými prostředky pro změnu léčby kontinuální na léčbu cyklickou (intermitentní) může být například časovač, který by byl instalován na plicním ventilátoru a v pravidelných intervalech přednastavených lékařem by plicní ventilaci vypínal. Bylo by tak na úvaze lékaře, zda by plicní ventilaci po vypnutí znovu zapnul, nebo zda by rozhodl o nepokračování (nezahájení dalšího cyklu) plicní ventilace.

s umírajícím pacientem, dotyk, který povede ke smrti pacienta. Vypnutí umělé plicní ventilace je vnímáno jako tento „dotyk“. V okamžiku, kdy je umělá plicní ventilace vypnuta časovačem, nedochází k fyzickému konání lékaře, k zakázanému „dotyku“. Lékař neukončuje umělou plicní ventilace, jeho jednání nevede ke smrti pacienta, lékař pouze nezahajuje další cyklus léčby. Obdobně může být na postup lékaře dle zákona nahlíženo v případech, kdy je léčba ukončena neúmyslně nebo nikoliv neoprávněně („not unlawfully“), například v důsledku výpadku elektrické energie. Za těchto okolností je kontinuální léčba rovněž považována za léčbu cyklickou (intermitentní) s tím, že lékař může v souladu se zákonem rozhodnout o jejím nepokračování.

Toto rozlišení léčby na cyklickou a kontinuální a rozlišení nezahájení a ukončení takové léčby se setkalo s velikou kritikou ze strany izraelské akademické obce i medicínské komunity. Někteří autoři uvedli, že zákaz ukončení kontinuální život udržující terapie je zásahem do práva pacienta na ochranu jeho tělesné integrity.<sup>209</sup> Jiní argumentovali, že Dying Patient Act 2005 odporuje ustálené rozhodovací praxi obvodních soudů, které před jeho přijetím opakovaně dovodily právo pacienta na ukončení jakékoliv život udržující léčby, včetně léčby kontinuální.<sup>210</sup> Další argument směřoval k obavě, že zákaz ukončit kontinuální život udržující léčbu povede k nežádoucímu odmítání takové léčby ze strany pacientů nebo osob za ně rozhodujících právě s vědomím, že kontinuální léčba nemůže být ukončena.<sup>211</sup> Implicitně v diskuzích zaznívá také nespokojenost z toho, že výrazně minoritní názorový proud opírající se o židovské náboženské právo převážil nad majoritně zastávaným názorem prosazovaným jak izraelskými soudy, tak akademickou obcí a medicínskou komunitou.<sup>212/213</sup>

---

<sup>209</sup> Shapira A., Law and bioethics in Israel: Between liberal ethical values and Jewish religious norms. *Journal International de Bioéthique*. 2006, 17, str. 115 – 123.

<sup>210</sup> Asiag E. Observing the prohibition on withdrawal of continuous medical treatment in the Dying patient Act. *Medical Law and Bioethics*. 2008, 1, str. 160.

<sup>211</sup> Ticho A. The Dying Patient Act, 2005- the impact of Jewish religion on euthanasia according to Israeli law. *Medical Law and Bioethics*. 2008, 1, str. 149 – 150.

<sup>212</sup> Shalev C. End of life care in Israel – The Dying Patient Law 2005. *Israel Law Review*. 2009, 42, str. 287 – 289.  
Doron I. Shalev C. Between the Patient Rights Act and the Dying Patient Act: A progress or walking backwards? *Medicine and Law*. 2011, 43, str. 30 – 34.

<sup>213</sup> Jedna z provedených studií zkoumajících přístup izraelských lékařů k zakazu ukončit kontinuální život udržující léčbu ukazuje, že významná část medicínské komunity je přesvědčena, že pacient by měl mít možnost odmítnout jakoukoliv život udržující léčbu, včetně umělé plicní ventilace. Studie uvádí: *“Examining the doctors’ views suggests that they express a more liberal approach than the Act. Generally, 85% of the doctors agreed that a dying patient has the right, in any situation, to decide whether to receive life-prolonging treatment. 62% fully agreed with this statement and additional 23% slightly agreed with it. These findings accord with the doctors’ attitudes towards the tension between patient autonomy and sanctity of life. 78% of the participants agreed with the statement that the wishes of the dying patient should supersede the principle of sanctity of life. Similarly, 74% of the doctors did not agree with the statement that the principle of sanctity of life should supersede the principle of respecting the wishes of the dying patient. More specifically, most of the participants were of the view that the wishes of the dying patient to stop ventilation should be respected: 57% fully agreed with this view, and additional*

Mezi roky 2005 a 2016 byl Dying Patient Act 2005 předmětem sporu řešeného izraelskými soudy celkem třikrát.<sup>214</sup> Nejvýznamnějším z nich (a nejrelevantnějším s ohledem na diskutovanou otázku rozdílu mezi nezahájením a ukončením život udržující léčby) byl případ *John Doe v Attorney General of Israel*.<sup>215</sup>

John Doe byl pacient s amyotrofickou laterální sklerózou, který vyjádřil přání být odpojen od umělé plicní ventilace. Lékaři odmítli přání pacienta vyhovět s odkazem na Dying Patient Act 2005, který explicitně zakazuje ukončení kontinuální život udržující léčby, včetně umělé plicní ventilace. V řízení před soudem pacient argumentoval, že pokračování ventilační podpory navzdory jeho nesouhlasu je zásahem do práva na ochranu jeho tělesné integrity a připomněl předešlou rozhodovací praxi soudu, kdy dle soudního rozhodnutí byla umělá plicní ventilace na žádost pacienta ukončena.

Izraelský *attorney general* se k případu vyjádřil v tom smyslu, že s ohledem na specifické okolnosti řešeného případu a v duchu zákona, za neoprávněné ukončení umělé plicní ventilace nelze považovat postupné snižování ventilační podpory. Takový postup dle jeho názoru představuje rovnováhu mezi ochranou autonomie pacienta a zákazem ukončit kontinuální život udržující léčbu vyplývajícího ze zákona. Zcela v souladu s tímto vyjádřením soud rozhodl o možnosti postupného snižování ventilační podpory až do okamžiku úplného ukončení ventilační podpory. Judikoval, že takový postup je v souladu s Dying Patient Act 2005.

Přes veškerou kritiku ze strany akademické obce i medicínské komunity zůstává Dying Patient Act 2005 i nadále beze změny. Uvedené rozhodnutí ve věci *John Doe v Attorney General of Israel* však naznačuje ochotu soudů v konkrétních případech hledat a najít cestu, jak zákaz ukončit kontinuální život udržující léčbu obejít. Otázkou tak nyní zůstává, zda a případně kdy izraelský parlament přistoupí k novelizaci zákona.<sup>216</sup> Do té doby bude izraelský Dying Patient

---

15% slightly agreed with it. Only 28% disagreed.“ Boas, H. a kol. *Bioethics and Biopolitics in Israel. Socio-legal, political and empirical analysis*. Cambridge University Press, 2018, str. 249.

<sup>214</sup> Sp. zn. 28450/09 (Rishon L'ezion) *General Attorney v. B.V.V* (13/9/2009), sp. zn. 24638-02-14 (Jerusalem) *Shaare Zedek Medical Center v. A.H.* (19/2/2014) a sp. zn. 16813-11-14 *John Doe v. Attorney General of Israel* (9/12/2014).

<sup>215</sup> Sp. zn. 16813-11-14 *John Doe v. Attorney General of Israel* (9/12/2014).

<sup>216</sup> Od rozhodnutí ve věci *John Doe* se stále více ozývají hlasy volající po novelizaci zákona směřující k vypuštění ustanovení zakazujícího ukončení kontinuální život udržující léčby. Přijetí novely však stejně jako v roce 2005 bude záviset na složení izraelského parlamentu po volbách na podzim roku 2019, tedy na tom, zda ke schválení novely bude třeba hlasů poslanců politických stran reprezentujících ortodoxní židovský názorový proud, který v roce 2005 rozhodl o finální podobě zákona a zakotvení rozlišení mezi cyklickou a kontinuální život udržující

Act 2005 představovat zcela specifický přístup k řešení otázky rozdílu mezi nezahájením a ukončením život udržující léčby.

### 3.3 Shrnutí argumentace

Jak je patrné z provedené komparativní analýzy, v zemích západního světa panuje poměrně jednoznačná shoda na tom, že mezi nezahájením a ukončením život udržující léčby neexistuje eticky ani právně relevantní rozdíl. Od těchto postupů je však třeba odlišit eutanázii, postup spočívající v úmyslném usmrcení pacienta na jeho žádost. Toto stanovisko výstižně shrnuli zástupci American Medical Association již v roce 1973:

*„Úmyslné ukončení života pacienta je v rozporu s posláním lékařské profese a je zakázáno. (...) Ukončení mimořádných léčebných postupů v situaci, kdy existují nezpochybnitelné důkazy, že smrt člověka je nevyhnutelná, kdy léčba pouze prodlužuje proces umírání, je však postup zcela odlišný. Lékař je povinen respektovat rozhodnutí pacienta v takové léčbě nepokračovat.“<sup>217</sup>*

Z provedené komparativní analýzy je nicméně rovněž patrné, že argumentace, o níž se tento závěr opírá, se do určité míry liší. Obdobně jako odborná literatura, také zahraniční rozhodovací praxe ukazuje, že argumenty mohou být různé, některé více, jiné méně přesvědčivé.

Britská rozhodovací praxe rozlišení mezi nezahájením a ukončením život udržující léčby staví na několika argumentech. V první řadě jej staví na rozlišení jednání lékaře spočívajícího v konání (komisivním jednání) a v nekonání, resp. opomenutí (omisivním jednání). Uvádí, že nezahájení, stejně jako ukončení léčby je třeba kvalifikovat jako nekonání, resp. opomenutí (ačkoliv nikoliv s ohledem na dílčí úkony, které lékař činí, ale s ohledem na jednání lékaře jako celek), které ze své povahy nemůže způsobit smrt pacienta. Na tomto místě v argumentaci zaznívá (zejména v etické literatuře často zmiňované) rozlišení mezi ponecháním pacienta zemřít („letting the patient die“) a úmyslným usmrcením pacienta („killing the patient“). V případě nezahájení nebo ukončení život udržující léčby smrt nastupuje, neboť lékař nadále

---

léčbou. Podrobněji viz Steinberg, A. Sprung, C. The Dying Patient Act 2005: Israeli innovative legislation. *ISMJ*. 2007, 9(7), str. 550 – 552.

<sup>217</sup> Sanchini, V. Nardini, C. Boniolo, G. The withholding/withdrawing distinction in the end-of-life debate. *Multidiscip Respir Med*. 2014, 9(1), str. 13.



neposkytuje život udržující léčbu (nechává pacienta zemřít). Pacient tedy umírá v důsledku svého nevyлéčitelného onemocnění nikoliv v důsledku konání lékaře spočívajícího v podání smrtelné dávky léků (usmrcení pacienta). V druhé řadě jej staví na hodnocení úmyslu lékaře. Vychází z přesvědčení, že v případě nezahájení nebo ukončení život udržující léčby úmysl lékaře nesměřuje k usmrcení pacienta. Úmyslem lékaře je eliminovat zátěž spojenou s poskytováním život udržující léčby s vědomím, že po ukončení takové léčby dříve nebo později nastane smrt pacienta. Lékař si však smrt pacienta nepřeje, a pokud by pacientovi mohl nabídnout léčbu, která by pacienta mohla zachránit, učiní tak. Nakonec britská judikatura argumentuje, že zcela zásadní a zastřešující úvahou je úvaha o nejlepším zájmu pacienta. Zdůrazňuje, že bez ohledu na to, zda postup lékaře spočívá v nezahájení nebo ukončení život udržující léčby, nejvýznamnějším kritériem je zhodnocení, zda je taková léčba v nejlepším zájmu pacienta ve smyslu Children Act 1989 nebo Mental Capacity Act 2005 a související judikatury.

Americká a kanadská judikatura na rozdíl od judikatury britské mnohem více zdůrazňuje nutnost ochrany autonomie pacienta. Opakovaně uvádí, že z pohledu práva není ani tak významné, zda lékař rozhoduje o nezahájení nebo ukončení život udržující léčby, jako to, zda život udržující léčba nepředstavuje neoprávněný zásah do integrity pacienta. Nedal-li pacient souhlas k život udržující léčbě, pak takovou léčbu nelze zahájit nebo v ní pokračovat. V tomto smyslu vyznívá rovněž německá judikatura (ačkoliv i zde je diskuze o rozdílu mezi nezahájením a ukončením život udržující léčby rámována rozlišením jednání lékaře na konání a opomenutí) a judikatura francouzská.

Naznačené argumenty, na kterých je postaveno rozlišení mezi nezahájením a ukončením život udržující léčby a těmito postupy a eutanázií, lze shrnout následovně:

- a) rozlišení je postaveno na rozlišení jednání lékaře na konání a opomenutí a s ním spojené otázky příčinné souvislosti,
- b) rozlišení je postaveno na hodnocení úmyslu lékaře,
- c) rozlišení vychází z hodnocení, zda je léčba v nejlepším zájmu pacienta, potažmo z hodnocení, zda léčba není léčbou marnou,
- d) rozlišení je hodnoceno v kontextu ochrany autonomie pacienta.



### 3.3.1 Konání vs. opomenutí

K otázce rozlišení mezi nezahájením a ukončením život udržující léčby a eutanázií na základě rozlišení mezi komisivním a omisivním jednáním lékaře existuje významné množství zahraniční (především etické) odborné literatury. Není cílem mé práce, a ani pro to zde není prostor, tuto otázku rozebrat dopodrobna. Omezím se proto na shrnutí základní myšlenky a na vyjádření svého pohledu na závěry, k nimž již jiní autoři dospěli přede mnou. Pro úplné pochopení problematiky nicméně doporučuji, aby čtenář nevynechal základní etická díla autorů, jako byli Rachels, Walton, Abrams, Montague, Davidson, Coggon, Asscher, Gillon, Nesbitt, Gert a mnozí další.<sup>218</sup>

Distinkce konání-opomenutí se poprvé objevila v roce 1973 ve stanovisku Americké medicínské asociace, která uvedla: „*Úmyslné ukončení života lidské bytosti někým druhým – zabítí ze soucitu – je v rozporu s tím, co zastává lékařská profese a v rozporu se zásadami Americké lékařské asociace. Ukončení používá mimořádných prostředků prodlužujících život těla, pokud existuje nezvratná jistota, že biologická smrt je již bezprostřední, je rozhodnutím pacienta anebo jeho nejbližších. Konzultace a úsudek lékaře mají být plně k dispozici pacientovi nebo jeho nejbližším.*“<sup>219</sup>

Odlíšení konání a nekonání je poměrně snadno aplikovatelné na situace, kdy lékař konal tak, že pacientovi podal smrtelnou dávku léků, nebo nekonal v tom smyslu, že nezahájil život udržující léčbu. Kontroverze však tato distinkce přináší v okamžiku, kdy má být aplikována na situaci ukončení život udržující léčby. V této situaci totiž lékař koná (např. vypíná umělou plicní ventilaci), avšak koná v okamžiku, kdy již započal proces umírání. V této situaci tak

---

<sup>218</sup> Rachels, J. Active and passive euthanasia. *New England Journal of Medicine*. 1975, 292(2), str. 78 – 80. Walton, D. Active and passive euthanasia. *Ethics*. 1976, 86(4), str. 343 – 349. Abrams, N. Active and passive euthanasia. *Philosophy*. 1978, 53(204), str. 257 – 263. Montague, P. The morality of active and passive euthanasia. *Ethics in Science and Medicine*. 1978, 5(1), str. 39 – 45. Davidson, A. I. The definition of euthanasia. *Journal of Medicine and Philosophy*. 1979, 4(3), str. 294 – 312. Coggon, J. On acts, omissions and responsibility. *Journal of Medical Ethics*. 2008, 34(8), str. 576 – 579. Asscher, J. The moral distinction between killing and letting die in medical cases. *Bioethics*. 2008, 22(5), str. 278 – 285. Billon, R. Acts and omissions, killing and letting die. *British Medical Journal*. 1986, 292(6513), str. 126 – 127. Nesbitt, W. Is killing no worse than letting die? *Journal of Applied Philosophy*. 1995, 12(1), str. 101 – 106. Gert, B. Distinguishing between active and passive euthanasia. *Clinics in Geriatric Medicine*. 1986, 2(1), str. 29 – 36.

<sup>219</sup> “*The intentional termination of the life of one human being by another – mercy killing – is contrary to that for which the medical profession stands and is contrary to the policy of the American Medical Association. The cessation of the employment of extraordinary means to prolong the life of the body when there is irrefutable evidence that biological death is imminent is the decision of the patient and/or his immediate family. The advice and judgment of the physician should be freely available to the patient and/or his immediate family.*” In Rachels, J. Active and passive euthanasia. *New England of Medicine*. 1975, 292(2), 78 – 80.

dochází k překrývání obou kategorií. Lékař koná, stejně jako koná v případě podání smrtelné dávky léků. Vedle jeho konání již však probíhá proces umírání (stejně jako v případě nezahájení kardiopulmonální resuscitace), který lékař svým konáním pouze dočasně zastavil (zpomalil). V okamžiku, kdy lékař vypne umělou plicní ventilaci, pacient umírá nikoliv v důsledku vypnutí plicní ventilace, ale proto, že ještě před zahájením ventilační podpory existovala příčina, která nakonec vedla ke smrti pacienta. Birnbacher pro tyto situace zavedl další kategorii, kterou označuje jako „nechat něco nastat konáním“ („*letting it happen through action*“)<sup>220</sup> a argumentuje, že nezahájení život udržující léčby, stejně jako její ukončení jsou morálně přípustné, neboť nevedou ke smrti pacienta, smrt pacienta nastává jako následek jiné příčiny, která existovala již před tím, než lékař „vstoupil do hry“.

Významné množství autorů distinkci konání-opomenutí odmítlo.<sup>221</sup> Zdůrazňovali, že v klinickém prostředí nelze takto jednoduše vymezit uvedené kategorie jednání, resp. že tato distinkce je umělá a ryze pragmatická. Poukazovali na skutečnost, že právě v kontextu rozlišení mezi nezahájením a ukončením život udržující léčby je zcela zjevné, jak nejasným a nespolehlivým kritériem pro rozlišení morálně přijatelného a morálně nepřijatelného jednání je kritérium rozlišení mezi konáním a nekonáním, resp. opomenutím.

Pro ilustraci artificiality této distinkce lze uvést následující příklady. Pacientovi je zavedena kanyla umožňující nitrožilní podávání léků. Láhev s intravenózním roztokem musí být pravidelně měněna. Lékař se může rozhodnout ukončit podávání léků, proto vyjme kanylu a léky nadále nejsou podávány. V takovém případě lékař koná. Lékař se však může rozhodnout, že namísto vyjmutí kanyly počká, až bude láhev s roztokem prázdná a rozhodne, že další intravenózní roztok už pacientovi nebude podán. V takovém případě nekoná. Podobně lze rozlišovat v kontextu podávání sondové nebo parenterální hydratace a výživy. Lékař rozhodne o nepokračování hydratace a výživy, proto vyjme zavedený katetr a hydratace a výživa nejsou nadále podávány. Lékař koná. Namísto toho může lékař rozhodnout, že prázdná láhev od roztoku nebude nahrazena další. Lékař nekoná.

Tentýž postup může lékař zvolit u jakékoliv cyklické, resp. intermitentní život udržující léčby, včetně kardiopulmonální resuscitace, dialýzy, podávání katecholaminů nebo krevních derivátů.

---

<sup>220</sup> Birnbacher, D. *Tun und Unterlassen*. Stuttgart: Philipp Reclam, 1995.

<sup>221</sup> Např. Reichenbach, B. R. Euthanasia and the active-passive distinction. *Bioethics*. 1987, 1(1), str. 51 – 73. Mazzarella, P. Euthanasia: An inclusive definition. *Linacre Quarterly*. 1991, 58(4), str. 56 – 62.

Nabízí se rovněž v souvislosti s implantabilními kardiovertery-defibrilátory, kde se předpokládá vyčerpání baterie a nutnost implantovat nový přístroj. Ve všech uvedených případech může lékař konat a přerušit poskytování život udržující léčby, nebo může vyčkat, až cyklus léčby skončí bez jeho zásahu a rozhodnout, že konat nebude, tedy že nezačne další. V teorii také jakákoliv kontinuální léčba může být technicky změněna na léčbu intermitentní tak, aby lékař vždy mohl vyčkat konce jednoho cyklu léčby a nezačít další. Izraelský přístup ukazuje možnost změny kontinuální ventilační podpory na léčbu cyklickou prostřednictvím časovače. Nabízí se však i další řešení. Lékař namísto mechanické plicní ventilace použije ventilaci manuální. Kyslík tedy bude pacientovi podáván skrze ambuvak připojený k obličejové masce. Ventilace pak bude probíhat pravidelným stlačováním ambuvaku. V určitou chvíli se lékař může rozhodnout, že ve ventilaci nebude pokračovat a jednoduše přestane ambuvak stlačovat. V takovém případě lékař nekoná, nýbrž opomíná konat. Nebo v jiném kontextu, baterie v implantabilním kardioverteru-defibrilátoru má určitou životnost a po jejím vyčerpání je třeba implantovat nový přístroj. Připadá tak v úvahu, aby v přístrojích byly používány baterie s nižší životností, které by vyžadovaly častější výměnu. Kontinuální léčbu by tak bylo možné změnit na léčbu cyklickou s tím, že délka cyklů by byla technicky volitelná dle výdrže baterie.

Kuře vysvětluje: „*Celý spor (...) spočívá v jenom velkém neporozumění. V některých formách tradiční etiky, a zejména v etice ovlivněné katolickou morální teologií, hrála distinkce mezi konáním a nekonáním důležitou roli pro stanovení morální povinnosti. Ve skutečnosti se ovšem jednalo o rozdíl mezi morálním jednáním způsobeným konáním a morálním jednáním způsobeným nekonáním, tedy o dva základní módy konání.*<sup>222</sup> *Nekonání (omission) v tomto kontextu není jen neděláním ničeho, ale morálně vinným nekonáním, je pochybením a morálním selháním, protože je zanedbáním mravní povinnosti. Nekonání totiž je nevykonáním dobra, ne však každého dobra, ale pouze toho dobra, které v dané situaci měl daný jedinec vykonat (a nevykonat). Z toho vyplývá, že je absurdní mluvit o nekonání, jež je morálně přijatelné, a o nekonání, které není morálně přijatelné.*<sup>223</sup> *Z uvedené definice nekonání je zřejmé, že každé nekonání je morálně nepřijatelné, neboť je nevykonáním dobra, jímž byl daný jedinec povinován.*“<sup>224</sup>

---

<sup>222</sup> Srov. Mahoney, J. *Bioethics and Belief*. London: Sheed and Ward, 1984. str. 36 – 51. Glover, J. *Causing Death and Saving Lives*. Harmondsworth: Penguin, 1977, str. 92 – 116. Harris, J. *The Value of Life*. London: Routledge and Kegan Paul, 1985, str. 28 – 47.

<sup>223</sup> Birnbacher, D. *Tun und Untertlassen*. Stuttgart: Philipp Reclam, 1995.

<sup>224</sup> Co je eutanázie. Studie k pojmu dobré smrti, str. 176 – 177.

Ke zcela totožnému závěru je třeba dospět i v případě, kdy Kuřetem naznačenou úvahu aplikujeme na povinnosti nikoliv morální, ale na povinnosti právní. Rozlišení mezi konáním a nekonáním totiž ani v právu dle mého soudu nemá v tomto kontextu právní relevanci. Co je z pohledu práva relevantní, je to, zda lékař konal, aniž byl oprávněn konat, nebo konal nesprávně, nebo zda nekonal, ačkoliv měl povinnost konat. V rovině občanskoprávní pro posouzení povinnosti k náhradě újmy je významné, zda lékař porušil některou ze stanovených právních povinností. Porušení této povinnosti pak může spočívat jak v konání, tak v opomenutí.<sup>225</sup> Obdobně v rovině trestněprávní, podobně jako podání smrtelné dávky léků („aktivní“ eutanázie) bude i úmyslné nezahájení život udržující léčby, k jejímuž poskytnutí by byl lékař povinen („pasivní“ eutanázie), kvalifikována jako některý z trestných činů proti životu. Tento závěr vychází z právního charakteru opomenutí v situaci, kdy je lékař povinen konat. Dle § 112 trestního zákoníku totiž platí: *„Jednáním se rozumí i opomenutí takového konání, k němuž byl pachatel povinen podle jiného právního předpisu, úředního rozhodnutí nebo smlouvy v důsledku dobrovolného převzetí povinnosti konat nebo vyplývala-li taková jeho zvláštní povinnost z jeho předchozího ohrožujícího jednání anebo k němuž byl z jiného důvodu podle okolností a svých poměrů povinen.“*<sup>226</sup>

Nadto je třeba uvést, že v současné klinické praxi se dichotomie konání-opomenutí jeví o to absurdněji, vezmeme-li v úvahu, že i v terminální fázi života pacienta se odehrává veliké množství aktivity (konání). Samo zahájení paliativní péče je konáním, nikoliv pasivitou v závěru života. Mnoho výkonů směřujících ke kontrole symptomů spojených s onemocněním pacienta je zcela jednoznačně konáním.

Jeví se mi tedy jako nesporné, že tvrzení opakovaně zaznívajících v českém prostředí, že totiž lze nepokračovat v intermitentní léčbě, neboť v takovém případě lékař nekoná, avšak nelze ukončit kontinuální léčbu, neboť v takovém případě lékař koná, není správné a v kontextu současné klinické praxe není udržitelné.<sup>227</sup>

---

<sup>225</sup> Nutno připustit, že rozdíl mezi formami jednání může být významný s ohledem na prokázání příčinné souvislosti. Je zřejmé, že v případě opomenutí bývá obtížnější prokázat, že škodlivý následek nastal v důsledku opomenutí lékaře než v důsledku konání lékaře. Tuto skutečnost ve své judikatuře zmiňuje také Ústavní soud. V usnesení ze dne 12. 8. 2008, sp. zn. I. ÚS 1919/08 Ústavní soud uvádí: *„Prokázat, že právě a pouze toto opomenutí tvoří se škodlivým důsledkem ničím nenarušený vztah, je v podstatě nemožné. V důsledku toho je výrazně oslabeno postavení poškozeného.“* Srov. rovněž Magnus, U. Causation by Omission. In Tichý, L. (ed.) *Causation in Law*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2007, str. 100.

<sup>226</sup> Ust. § 112 trestního zákoníku.

<sup>227</sup> Srov. Callahan, D. *The Roots of Bioethics: Health, Progress, Technology, Death*. Oxford-New York: Oxford University Press, 2012, zejména str. 118 – 120.

### 3.3.2 Úmysl

V britské rozhodovací praxi zaznívá dále argument, že rozdíl mezi nezahájením a ukončením život udržující léčby a eutanázií spočívá v rozdílném úmyslu lékaře. V případě eutanázie je úmyslem lékaře pacienta usmrtit. V případě nezahájení nebo ukončení život udržující léčby úmysl lékaře k usmrcení pacienta nesměruje. Úmyslem lékaře je eliminovat zátěž spojenou s poskytováním život udržující léčby s vědomím, že po ukončení takové léčby dříve nebo později nastane smrt pacienta. Lékař si však smrt pacienta nepřeje, a pokud by pacientovi mohl nabídnout léčbu, která by pacienta mohla zachránit, učiní tak.

Toto kritérium hojně rozpracovává rovněž odborná (zejména etická) literatura, která právě úmysl lékaře považuje za rozhodující dělicí linii. „*Na rozdíl od tzv. ustoupení smrti, kdy lékař nepodniká nic z důvodu své bezmoci, je pro pasivní eutanázii charakteristický úmysl lékaře pacienta zabít. Právě úmysl odlišuje „ustoupení smrti“ a „pasivní eutanázii“.*“<sup>228</sup> A ačkoliv jednání lékaře z pohledu vnějšího pozorovatele může být zcela shodné, dle úmyslu lékaře v prvním případě půjde o jednání morálně přípustné, v druhém případě naopak o jednání morálně nepřípustné.

Nutno připustit, že ani úmysl lékaře jako kritérium rozlišení mezi nezahájením a ukončením život udržující léčby a eutanázií není v etické literatuře přijímán bez výhrad. Dle Doležala je navíc takové rozlišování problematické také v rovině právní. Doležal argumentuje, že úskalí spočívá v hodnocení tzv. eventuálního úmyslu. Trestný čin (v diskutovaném kontextu trestný čin vraždy, případně trestní čin zabití) je spáchán úmyslně také tehdy, věděl-li pachatel, že svým jednáním může porušit nebo ohrozit zájem chráněný trestním zákonem, a pro případ, že je způsobí, byl s tím srozuměn. Srozuměním se rozumí i smíření pachatele s tím, že způsobem uvedeným v trestním zákoně může porušit nebo ohrozit zájem chráněný takovým zákonem.

Doležal uvádí: „*Lékař nespolečá na to, že jeho jednání nezpůsobí smrt pacienta, a je minimálně smířen se smrtí pacienta. V případě, kdy lékař nepokračuje v léčbě nebo ji nezahájí, s téměř stoprocentní jistotou ví, že následkem takového jednání bude smrt pacienta, a je s ní smířen. K tomuto následku má v uvozovkách „kladný vztah“, protože mu dává přednost před pokračováním nebo zahájením marné péče, která by pouze prodloužila utrpení pacienta.*“<sup>229</sup>

<sup>228</sup> Vácha, M. Königová, R. Mauer, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012, str. 235.

<sup>229</sup> Eutanázie a rozhodnutí na konci života, str. 227.

Uzavírá, že v rovině právní je třeba rozlišení mezi pasivní eutanázií a nezahájením nebo ukončením život udržující léčby postavené na úmyslu lékaře jako rozhodujícím kritériem odmítnout.<sup>230</sup>

Připouštím, že úmysl lékaře jako kritérium rozlišení mezi nezahájením a ukončením život udržující léčby a eutanázií není neproblematický a jeho hodnocení může být manipulováno, mimo jiné, příhodně formulovanou deskripcí jednání lékaře.<sup>231</sup> Připouštím také, že v teorii lze jednání lékaře spočívající v nezahájení nebo ukončení život udržující léčby popsat tak, jak to činí Doležal, a dovozovat přítomnost „nepřímého úmyslu“. Termín nepřímý úmysl nicméně dávám do uvozovek záměrně, abych vyjádřila, že tento přístup nepovažuji za správný, neboť dle mého soudu uměle, pragmaticky odjímá kontext, ve kterém se rozhodování lékaře o nezahájení nebo ukončení život udržující léčby odehrává.

Ano, lékař je smířen s tím, že pokud nezahájí nebo ukončí život udržující léčbu, pacient zemře. Toto smíření lékaře však nevychází z úmyslu lékaře způsobit smrt pacienta, ale z prostého faktu, že smrt pacienta je nevyhnutelná. Lékař „s téměř stoprocentní jistotou ví“, že následkem nezahájení nebo ukončení život udržující léčby bude dříve nebo později smrt pacienta, protože totiž, čím jiným si lékař může být více jistý, než tím, že pacient dříve nebo později zemře. Smíření v tomto kontextu tedy vyjadřuje spíše než nepřímý úmysl způsobit smrt pacienta pokoru lékaře a smíření se se skutečností, že pro pacienta už nemůže udělat více, a spíše naopak, nahlíženo z opačné perspektivy, úmyslem lékaře, který nezahájí nebo ukončí život udržující léčbu, je nezatěžovat pacienta dalším diskomfortem, bolestí nebo jinou formou strádání. Jinými slovy, úmyslem lékaře je poskytnout pacientovi závěr života v kvalitě, resp. v podobě, kterou by si pro sebe pacient přál.

V tomto smyslu tedy z mého pohledu jednání lékaře spočívající v nezahájení a ukončení život udržující léčby a eutanázií na základě hodnocení úmyslu lékaře rozlišit lze. Taková úvaha však

---

<sup>230</sup> Ibid.

<sup>231</sup> Srov. např. Harris, J. *The Value of Law*. Oxford: Oxford University Press, 1984, str. 44. McGee, A. Intention, Foresight, and Ending Life Responses and Dialogue. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2013, 22(1), str. 77 – 85. Eutanazie a rozhodnutí na konci života, str. 225. Srov. připravovaná monografie Hříbek, T. Obrana asistované smrti: Filozofické argumenty ve prospěch eutanazie a asistovaného sebeusmrcení za pomoci lékaře. Praha: Academia.



nesmí být odtržena od kontextu, ve které rozhodování lékaře o nezahájení nebo ukončení život udržující léčby probíhá.<sup>232</sup>

### 3.3.3 Postup na náležité odborné úrovni

Česká odborná literatura v souvislosti s otázkou rozlišení mezi nezahájením a ukončením život udržující léčby a eutanázií akcentuje požadavek na poskytování péče na náležité odborné úrovni a dělící linii mezi uvedenými postupy spatřuje v posouzení indikovanosti medicínského postupu.

Stolínová a Mach v této souvislosti uvádí, že indikovanost postupu je z hlediska rozlišení mezi nezahájením a ukončením život udržující léčby a eutanázií zcela stěžejní. Lékař nesmí přistoupit k opakované snaze prodloužit život pacienta s využitím všech prostředků, které medicína nabízí tam, kde je zjevné, že naděje na záchranu pacienta je mizivá. Poskytování náročných a zatěžujících léčebných postupů, které přináší pouze zbytečné ztrpčení a ztížení života pacienta, označují za neodpovědný lékařský alibismus.<sup>233</sup>

Základním východiskem této úvahy je představa, že i medicína má své limity, že existují případy, kdy nedokáže vyléčit onemocnění pacienta nebo odvrátit jeho smrt, ale naopak může pacientovi přinášet další zátěž v podobě bolesti, diskomfortu nebo jiné formy strádání. Britská judikatura zdůrazňuje, že taková léčba není v nejlepším zájmu pacienta, a proto bez ohledu na povahu jednání lékaře (tedy bez ohledu na to, zda lékař nezahajuje život udržující léčbu nebo ji ukončuje) nemá být taková léčba poskytována.

Jak jsem již zmínila, Etický kodex České lékařské komory říká, že „*lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu*“.<sup>234</sup> Obdobně, doporučení ČLK uvádí: „*Všeobecně přijatým cílem intenzivní péče je vždy zachování života a zdraví pacienta, odstranění vyvolávající příčiny zhoršení zdravotního stavu a poskytování postupů orgánové podpory či náhrady u nemocných*

---

<sup>232</sup> Spíše na okraj je třeba připomenout také tu skutečnost, že úvahy o úmyslu lékaře jsou relevantní pouze v rovině trestněprávní, nikoliv v rovině občanskoprávní. Existence zavinění poskytovatele zdravotních služeb není podmínkou vzniku povinnosti k náhradě újmy.

<sup>233</sup> Právní odpovědnost v medicíně, str. 287.

<sup>234</sup> Ust. §2 odst. 7 Etického kodexu České lékařské komory.



*se zvratným (nebo předpokládaným zvratným) orgánovým selháním, tj. „udržovat život, ale nikoliv prodlužovat umírání“. V případě, kdy nelze tyto cíle naplnit, je nutné poskytnout pacientovi péči, která vyloučí bolest, dyskomfort a strádání, umožní zachování lidské důstojnosti a uspokojování fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb.“<sup>235</sup>*

Doporučení ČLK tedy říká, že nezahájení nebo ukončení život udržující léčby v okamžiku, kdy u léčby nelze odůvodněně předpokládat příznivý účinek na zdravotní stav pacienta a kdy rizika komplikací, bolesti, diskomfortu a strádání převažují nad reálným klinickým přínosem léčby, je postupem lege artis. Ukládá-li zákon o zdravotních službách zdravotnickému pracovníkovi povinnost poskytovat zdravotní služby na náležité odborné úrovni, pak se rozlišení nezahájení a ukončení život udržující léčby jeví jako zcela irelevantní.

Tuto právní konstrukci jsem představila již v předchozí kapitole. Přes své výhrady k dílčím závěrům vyjádřeným některými autory (zejména s ohledem na právo lékaře autoritativně ukončit život udržující léčbu, kterou hodnotí jako léčbu marnou) se plně ztotožňuji s názorem, že „odpojení od přístrojů“ je „ze své povahy nepochybně ukončením specifického odborného postupu, v němž lékař nepokračuje, tj. postup principiálně diametrálně odlišný od podání smrtelné dávky léků“.<sup>236</sup>

S ohledem na rozlišení mezi nezahájením a ukončením život udržující léčby má naznačená právní úvaha veliký význam, protože zdůrazňuje, že zcela legitimním postupem v rámci péče o pacienta v závěru života je ustoupit intenzivním léčebným postupům a zaměřit se na vyloučení bolesti, diskomfortu a jiné formy strádání, které jsou s onemocněním a intenzivní léčbou spojeny, a to bez ohledu na to, zda postup lékař spočívá v nezahájení nebo ukončení život udržující léčby. Jinými slovy, v kontextu poskytování péče v závěru života není podstatné, jaké „úkony“ lékař provádí, ale z jakého důvodu je provádí (nebo neprovádí). Tento přístup tedy neodpovídá na otázku jak, ale na otázku proč. Proč lékař rozhodl o nezahájení kardiopulmonální resuscitace? Proč lékař rozhodl o vysazení katecholaminů? Proč rozhodl o deaktivaci implantabilního kardioverteru-defibrilátoru? Proč lékař rozhodl o ukončení umělé plicní ventilace a terminální extubaci pacienta?

---

<sup>235</sup> Článek 4 písm. c) Doporučení představenstva České lékařské komory č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli.

<sup>236</sup> Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře, str. 111.

Holčapek a Šustek v souvislosti s otázkou rozlišení mezi nezahájením a ukončením život udržující léčby s ohledem na požadavek poskytování péče na náležité odborné úrovni argumentují podobně.

Kladou si otázku, zda absence právní úpravy stanovující pravidla ukončení život udržující léčby nemá být interpretována jako implicitní zákaz život udržující léčbu ukončit, resp. implicitní příkaz v život udržující léčbě pokračovat za všech okolností. Na otázku odpovídají v tom smyslu, že navzdory existenci veřejnoprávní regulace je třeba vztah mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem považovat za vztah soukromoprávní povahy ovládaný zásadou autonomie vůle<sup>237</sup> a základním principem právního státu uznaným jak Ústavou České republiky, tak Listinou základních práv a svobod, že každý může činit, co není zákonem zakázáno, a nikdo nesmí být nucen činit, co zákon neukládá.<sup>238</sup> Zdůrazňují, že sice ne každý zákonný zákaz musí být vždy vyjádřen explicitně, měl by však být z právního řádu seznatelný bez zvláštních obtíží, tedy být dostatečně určitý a jasný.<sup>239</sup>

Dále argumentují, že povinností poskytovatele zdravotních služeb je poskytovat péči na náležité odborné úrovni dle § 4 odst. 5, zákona o zdravotních službách. Tutéž povinnost má také každý jednotlivý zdravotnický pracovník dle § 49 odst. 1 písm. a), zákona o zdravotních službách, přitom je povinen dodržovat také etické principy. Pokud lékařská věda i etika považuje za přijatelné ukončit život udržující léčbu v okamžiku, kdy ji hodnotí jako marnou, pak lze předpokládat, že pokud by zákonodárce takový přístup odmítal, vyjádřil by zákaz ukončení život udržující léčby v takových případech zřetelněji. Mlčení zákonodárce v tomto ohledu nepovažují za implicitně vyjádřený zákaz ukončit život udržující léčbu, ale naopak jako vymezení soukromoprávní domény, v níž je třeba právní vztahy nahlížet optikou principů občanského práva. Na tomto závěru nic nemění ani požadavek ochrany lidského života a zdraví, realizovaný prostředky trestního práva, neboť ani trestněprávní předpisy neupřesňují, jaký je rozsah povinností poskytovatele zdravotních služeb.

---

<sup>237</sup> Eliáš uvádí: „Je nutné mít na paměti, že autonomie vůle je v soukromém právu zásadou (pravidlem) odvíjejícím se z ústavních základů státu a že donucující úprava omezující autonomii vůle je výjimkou z pravidla. Ladí s právní zásadou *in dubio mitius*.“ Eliáš, K. K pojetí dispozitivního práva v občanském zákoníku. *Bulletin advokacie*, 2015, 9, str. 15.

<sup>238</sup> Článek 2 odst. 4 Ústavy České republiky, resp. článek 2 odst. 3 Listiny základních práv a svobod.

<sup>239</sup> Wagnerová, E. Čl. 2 in Wagnerová, E. Šimíček, V. Langášek, T. Pospíšil, I. a kol. *Listina základních práva a svobod. Komentář*. Praha: Wolters Kluwer, 2012, str. 89.

Dle Šustka a Holčapka by bylo neúnosně ambiciózní očekávat, že by zákonodárce byl schopen předvídat všechny životní situace, které by mohly nastat tak, aby pro každou z nich zakotvil odpovídající právní úpravu. Císařová v této souvislosti uvádí: „*Medicínská i právní praxe mají o přijetí právně závazného postupu léčby či diagnostiky pochybnosti zejména z toho důvodu, že mohou pokrýt jen část situací, se kterými bude lékař konfrontován.*“<sup>240</sup> Ačkoliv je tedy otázka správnosti určitého postupu lékaře (s ohledem na jeho právní povinnost, resp. porušení této povinnosti) otázkou právní hodnocenou v konečném důsledku soudem, zůstává fakticky určujícím činitelem hodnocení medicínské.<sup>241</sup>

S uvedenou argumentací lze souhlasit. Nejvyšší soud ve své judikatuře opakovaně uvedl: „*Specifikum sporů v souvislosti s poskytováním zdravotní péče spočívá v tom, že otázku, zda poskytovatel zdravotní péče postupoval v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy (lege artis), je nutno posuzovat za pomoci znalců lékařů, a podkladem pro právní závěr o porušení uvedené povinnosti je zpravidla znalecký posudek z oboru zdravotnictví. Jak škůdce jednal, je otázkou skutkovou; jak měl jednat, je sice právní úvahou, avšak prakticky převoditelnou na otázku, jak v daných okolnostech jedná patřičně rozumná a zodpovědná osoba dané profese a kvalifikace. Tím se v podstatě rovněž blíží otázce skutkové, kterou soud zjišťuje cestou znaleckého posouzení, tedy dokazování. Z hlediska aplikační praxe je tedy otázka standardu náležité zdravotní péče přiměřeného konkrétním okolnostem případu fakticky rovněž otázkou skutkovou, přinejmenším v tom smyslu, že odpověď na ni je vyvozována z provedeného dokazování.*“<sup>242</sup>

Obdobně také Ústavní soud ve své judikatuře uvádí: „*Otázka určení rozsahu povinností je přitom zásadně otázkou ryze právní, při jejímž řešení se neuplatní zásada in dubio pro reo. Projednávaná věc spadá do skupiny případů, v nichž k vyřešení právní otázky nepostačuje pouhá aplikace obecných právních předpisů. Vyhodnocení lékařského postupu jako postupu lege artis totiž často závisí na aplikaci pravidel neformálních a v průběhu času proměnlivých, jejichž obsah je navíc rozhodujícím soudu zpravidla zprostředkován jen prostřednictvím znalců, popř. neprávních dokumentů odborníků daného odvětví sdružených např. v odborných*

---

<sup>240</sup> Císařová, D. Sovová, O. a kol. *Trestní právo a zdravotnictví*. Praha: Orac, 2004, str. 21.

<sup>241</sup> Holčápek, T. Šustek, P. Šolc, M. Odpojení dítěte od přístrojů: na okraj případu Charlie Gard. *Právní rozhledy*. 2018, 3, str. 100 (dále citováno jako „Odpojení dítěte od přístrojů: na okraj případu Charlie Gard“).

<sup>242</sup> Rozsudek Nejvyššího soudu ČR ze dne 27. 5. 2015, sp. zn. 25 Cdo 259/2012. Srov. starší rozsudek Nejvyššího soudu ČR ze dne 26. 10. 2011, sp. zn. 25 Cdo 4223/2009. Srov. též Holčápek, T. *Dokazování v medicínskoprávních sporech*. Praha: Wolters Kluwer, 2011, str. 96.

*společnostech či vycházejících z akademického prostředí. Úkolem soudu je pak z těchto odborných závěrů vyvodit příslušné právní rozhodnutí, které již z povahy věci musí být založeno na aplikaci právních předpisů, nikoli pouze na stanovisku či sdružení odborníků.*<sup>243</sup>

Zároveň nelze ani na tomto místě zapomínat, že opírá-li se tato úvaha o koncept marné léčby, musí nutně zaznít také argumentace k požadavku na respektování autonomie pacienta. Jinými slovy, přestože lze zcela správně argumentovat, že jak nezahájení, tak ukončení marné život udržující léčby může být rovnocenně postupem na náležité odborné úrovni, je třeba připomenout, že posouzení marnosti léčby není bez dalšího posouzením ryze medicínským. Významnou i nadále zůstává vůle pacienta nebo osoby za něj rozhodující.

### 3.3.4 *Autonomie pacienta*

Zcela zásadním argumentem pro odmítnutí rozlišení mezi nezahájením a ukončením život udržující léčby je požadavek na ochranu autonomie pacienta. Zejména americká a kanadská judikatura explicitně uvádí, že není ani tak podstatná povaha jednání lékaře (zda lékař nekoná – nezahajuje život udržující léčbu nebo zda koná – ukončuje život udržující léčbu), jak to, zda pacient dal k poskytnutí život udržující léčby souhlas, resp. zda by dal k poskytnutí život udržující léčby souhlas, byl-li by aktuálně schopen se rozhodnout.

Kanadské soudy staví svou argumentaci na bezpodmínečném respektování autonomie pacienta a odmítají, že by v tomto ohledu mohla mít význam odlišná povaha jednání lékaře. Rozhodovací praxe v Německu, Francii i Velké Británii tuto argumentaci přejímá a rovněž vyjadřuje přesvědčení, že požadavek ochrany integrity pacienta a s ní spojený související požadavek existence souhlasu pacienta s život udržující léčbou je nezpochybnitelným argumentem pro odmítnutí rozlišování mezi nezahájením a ukončením život udržující léčby.

V českém právním prostředí naopak tento argument nepřestává vyvolávat kontroverze. Stále zaznívá názor, že *„pacienta lze nenapojit, pokud v tomto smyslu vyjádřil svou vůli, v okamžiku, kdy je pacient napojen, ho však už nelze odpojit, i kdyby pacient další léčbu odmítal“*.

---

<sup>243</sup> Usnesení Ústavního soudu ČR ze dne 6. 6. 2017, sp. zn. III. ÚS 2776/15.

S tímto názorem se neztotožňuji a považuji jej za nesprávný. Jsem přesvědčena, že i v českém právním prostředí bezpodmínečně platí, že jedním ze základních práv pacienta v kontextu poskytování zdravotních služeb je právo na ochranu nedotknutelnosti člověka, resp. právo na ochranu tělesné a duševní integrity člověka, z něhož vyplývá požadavek, aby jakýkoliv zásah do integrity člověka byl proveden vždy výhradně na základě jeho souhlasu. Toto právo je zakotveno jak na vnitrostátní, tak na mezinárodní úrovni.

Podle článku 5 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možné provést pouze za podmínky, že k němu pacient poskytl svobodný a informovaný souhlas. Zákrok učiněný bez svobodného a informovaného souhlasu pacienta je zásahem do práva na nedotknutelnost osoby dle článku 7 odst. 1 Listiny základních práv a svobod, resp. práva na fyzickou integritu chráněnou článkem 8 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod.

Právo na tělesnou a duševní integritu je jako základní východisko postavení fyzických osob v mezích právního řádu zakotveno rovněž v občanském zákoníku. Antropocentrické pojetí patrné ve vymezení ochrany osobnosti člověka je zdůrazněno ve znění § 91 občanského zákoníku, který deklaruje, že „člověk je nedotknutelný“.

Svou povahou je i toto právo subjektivním občanským právem, které působí *erga omnes*, vůči všem ostatním subjektům s rovným postavením (tedy i vůči všem poskytovatelům zdravotních služeb).<sup>244</sup> V současné právní úpravě byl primát ochrany života a zdraví nahrazen primátem vůle pacienta a jeho důstojnosti. Pacient již dále není pasivním recipientem zdravotní péče, ale s důrazem na jeho vlastní autonomii se stává subjektem poskytování takové péče. Má právo rozhodovat o všem, co se týká jeho zdraví, o zásazích do jeho tělesné či duševní integrity.<sup>245</sup>

V návaznosti pak § 28 zákona o zdravotních službách stanoví, že zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem. Obdobně § 93 občanského zákoníku stanoví, že nikdo nesmí zasáhnout do integrity jiného člověka bez jeho souhlasu uděleného s vědomím o povaze zásahu a o jeho možných následcích.

---

<sup>244</sup> Ochrana osobnosti podle občanského práva, str. 207.

<sup>245</sup> Těšínová, J. Žďárek, R. a Policar, R. *Medicínské právo*. 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2011, str. 5 (dále citováno jako „Medicínské právo“).

*A contrario* pak platí, že bez souhlasu pacienta do jeho integrity zasáhnout nelze. I toto východisko je v uvedených právních předpisech zohledněno. Ust. § 34 odst. 3 zákona o zdravotních službách stanoví, že pacient může odmítnout vyslovit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, a to i v případě, kdy je s neposkytnutím zdravotních služeb spojeno riziko vážného poškození zdraví nebo smrti pacienta. Ust. § 34 odst. 4 zákona o zdravotních službách podobně jako článek 5 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně rovněž uvádí, že pacient má právo svůj souhlas odvolat.<sup>246</sup>

Také dle českého práva platí maxima vyjádřená Ústavním soudem v nálezu ze dne 2. 1. 2017, sp. zn. I. ÚS 2078/16: *„Institut svobodného a informovaného souhlasu s každým lékařským zákrokem je založen na uznání právní subjektivity každého jedince a jeho svobody rozhodovat o svém vlastním těle a podporuje autonomii jeho morální volby. (...) V konečném důsledku je to vždy pacient, jako svobodný jednatel nadaný základními právy, včetně práva na respektování své fyzické a psychické integrity, kdo by měl dát souhlas se zásahy do tohoto práva. Přitom je nutné akceptovat, že jiné osoby mohou i jeho rozhodnutí považovat za špatné. Schopnost vést svůj život způsobem dle vlastního výběru zahrnuje činnosti, které jsou vnímány jako fyzicky škodlivé nebo pro dotyčnou osobu nebezpečné. (...) V oblasti lékařské péče, a to i v případě, že odmítnutí konkrétní léčby může vést k fatálnímu konci, lékařský zákrok bez souhlasu psychicky způsobilého dospělého pacienta by byl v rozporu s jeho právem na tělesnou integritu chráněnou čl. 8 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod.“*<sup>247</sup>

Rozlišení mezi ne zahájením a ukončením život udržující léčby se tedy z pohledu požadavku na ochranu integrity pacienta jeví jako bezvýznamné. Významné je totiž spíše to, zda po dobu poskytování život udržující léčby pacienta existuje zákonem uznaný právní důvod zásahu do integrity pacienta v podobě jeho souhlasu. Pokud pacient souhlasí, pak lékař oprávněně zasahuje do jeho integrity, neboť k zásahu má legitimní, právem uznaný důvod. Pokud pacient svůj souhlas odvolá, pak právní důvod zásahu odpadá a další život udržující léčba se stává neoprávněným zásahem do jeho integrity, obdobně jako by se o neoprávněný zásah do integrity pacienta jednalo v případě, kdy by pacient neudělil svůj souhlas a lékař by přesto život udržující léčbu zahájil.

---

<sup>246</sup> Podrobněji k právu pacienta odvolat souhlas v kapitole 4 Rozhodovací proces.

<sup>247</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 2. 1. 2017, sp. zn. I. ÚS 2078/16, odst. 24 a 25.

### 3.4 Ukončení život udržující léčby jako zásah do integrity člověka

Otázka rozlišení mezi nezahájením a ukončením život udržující léčby v českém právním prostředí nabývá na zvláštním významu s ohledem na § 101 a § 480 odst. 1 ve spojení s § 482 odst. 2 občanského zákoníku a s nimi související diskuzi o nutnosti aplikace těchto ustanovení na případy, kdy je ukončována život udržující léčba. Podrobněji se těmito ustanoveními, zejména v rovině procesní, zabývám v kapitole 4. Pro tuto chvíli se omezím na rovinu hmotněprávní, tedy na úvahu, zda a případně za jakých okolností je třeba, aby soud přivolil k ukončení život udržující léčby.

Ust. § 101 občanského zákoníku stanoví, že *„má-li být zasaženo do integrity člověka neschopného úsudku způsobem zanechávajícím trvalé, neodvratitelné a vážné následky nebo způsobem spojeným s vážným nebezpečím pro jeho život nebo zdraví, lze zákrok provést jen s přivolením soudu“*.<sup>248</sup> Tím není dotčena možnost okamžitého zákroku, pokud je to ve prospěch zdraví dotčené osoby nezbytné, je-li člověk v náhlém a patrném nebezpečí a nelze-li souhlas ve stavu nouze získat ani v jiné než stanovené formě.

Ust. § 480 odst. 1 občanského zákoníku pak říká, že *„bez souhlasu opatrovnické rady nesmí opatrovník rozhodnout o zásazích do integrity opatrovance, nejedná-li se o zákroky bez závažných následků“*. Ust. § 482 odst. 2 navazuje a stanoví, že *„není-li zvolena opatrovnická rada (...), schvaluje opatření opatrovníka stran opatrovance namísto opatrovnické rady soud“*.<sup>249</sup>

Hypotézy uvedených ustanovení tedy obsahují několik podmínek, které kumulativně musí nastat, aby bylo nutné získat přivolení soudu. V § 101 občanského zákoníku je v první řadě stanovena podmínka, aby se jednalo o „zásah do integrity člověka“. Dále je podmínkou, aby se jednalo o zásah do integrity „člověka neschopného úsudku“. Nakonec je třeba, aby se jednalo o zásah vedený „způsobem zanechávajícím trvalé, neodvratitelné a vážné následky“ nebo „způsobem spojeným s vážným nebezpečím pro jeho život nebo zdraví“. Dle § 480 ve spojení s § 482 se předpokládá, že se musí jednat o „zásah do integrity“, že tento zásah s sebou nese „závažné následky“ a že není ustavena opatrovnická rada, která by k takovému zásahu dala přivolení.

---

<sup>248</sup> Ust. §101 občanského zákoníku.

<sup>249</sup> Ust. § 480 odst. 1 občanského zákoníku.



S ohledem na obě citovaná ustanovení je pro účely posouzení nutnosti získat přivolení soudu v případech, kdy je ukončována život udržující léčba, primárně třeba zodpovědět otázku, zda ukončení život udržující léčby je zásahem do integrity nebo nikoliv. Komentářová literatura k pojmu „zásah do integrity člověka“ uvádí, že zásah do integrity je nutno chápat široce jako jakékoliv působení na fyzickou nebo duševní integritu člověka. A ačkoliv zásah do integrity člověka nelze zužovat na případy profesionální lékařské péče,<sup>250</sup> lze zdravotnické zákroky považovat za typický příklad zásahu do integrity,<sup>251</sup> s tím, že zdravotnickými zákroky nebudou jen zákroky vedoucí přímo ke zlepšení zdraví pacienta, ale také výkony směřující ke stanovení diagnózy, preventivní úkony (např. očkování) nebo úkony vedoucí ke zmírnění bolesti (paliativní péče).<sup>252</sup> Judikatura k pojmu zásahu do integrity říká: „*Zásahem do nedotknutelnosti osoby je porušení tělesné fyzické integrity člověka, chápáno v širším smyslu, tj. jako porušení či zhoršení zdraví, jímž může být způsobeno zranění, způsobení či zhoršení choroby, a to i choroby, resp. poruchy psychické, ale pouhé způsobení bolesti.*“<sup>253</sup>

Takto široké chápání zásahu do integrity nabízí dostatečný prostor umožňující postihnout nejrůznější podoby působení na integritu člověka, aniž by zákonodárce pro jednotlivé případy musel stanovit samostatnou právní úpravu. Zároveň zdůrazňuje myšlenku, že demokratický právní stát a všichni jeho občané mají zachovávat v co nejvyšší možné míře zdrženlivost, aby každému jednotlivci byla zaručena největší možná osobní autonomie. Ústavní soud říká: „*Základní hodnotou, na které je postaven český ústavní pořádek, je respekt ke svobodě jednotlivců. Svoboda představuje podstatnou náležitost demokratického právního státu. Respekt a ochrana lidské důstojnosti a svobody je nejvyšším a nejobecnějším účelem práva. (nález sp. zn. II ÚS 2268/07 ze dne 29. 2. 2008, bod 41). Součástí této svobody je možnost jednotlivců činit vlastní rozhodnutí o způsobu svého života, a být tak aktivním tvůrcem své životní dráhy neboli vytvářet si svůj životní projekt. Při respektování této autonomie jednotlivců musí do určité míry platit, že každý je strůjcem svého štěstí. Stát má pouze omezenou možnost do tohoto rozhodování zasahovat a toto právo omezovat.*“<sup>254</sup> Zároveň však s sebou takto široký výklad přináší riziko určité bezbřehosti sféry autonomie člověka, jíž je poskytována právní

---

<sup>250</sup> Důvodová zpráva k občanskému zákoníku, str. 65.

<sup>251</sup> *Občanský zákoník: komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2013-, str. 346 (dále citováno jako „Občanský zákoník: komentář“). Srov. Důvodová zpráva k občanskému zákoníku, str. 65.

<sup>252</sup> *Občanský zákoník: komentář*, str. 346.

<sup>253</sup> Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 9. 7. 2009, sp. zn. II. ÚS 2379/08.

<sup>254</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 2. 1. 2017, sp. zn. I. ÚS 2078/16.

ochrana, a s ní související neurčitosti, resp. nepředvídatelnosti případného právního postihu za zásah do integrity jiného člověka.

Konkrétně v kontextu úvahy o nutnosti získat přivolení soudu k ukončení život udržující léčby je třeba klást si otázku, zda je třeba za zásah do integrity považovat pouze zahájení a další poskytování určité léčby s tím, že zásah trvá po dobu, kdy je léčba poskytována a ukončení léčby je ukončením zásahu do integrity, nebo zda je za zásah do integrity třeba považovat také změnu ve způsobu poskytování léčby, případně změnu míry působení, takže také ukončení léčby by bylo nutno za zásah do integrity považovat.

Domnívám se, že oba přístupy jsou v teorii možné. První přístup z mého pohledu více akcentuje potřeby klinické praxe a hledá cestu, jak neaplikovat ustanovení občanského zákoníku, která jsou z pohledu klinické praxe výrazně problematická, až neaplikovatelná. Druhý přístup dle mého názoru klade větší důraz na podstatu uvedených ustanovení spočívající ve snaze posílit ochranu integrity člověka neschopného o sobě rozhodovat. Nutně tak však musí činit s vědomím, že klinická praxe nadále dává jednoznačný signál, že stávající formulace normy je zcela neodpovídající, a proto ji (bez větších kontroverzí) nadále ignoruje.

Navzdory všem výhradám se pro tuto chvíli přikláním k názoru, že i ukončení život udržující léčby je třeba kvalifikovat jako zásah do integrity člověka a že by dle stávajícího znění § 101 a § 482 mělo být získáno přivolení soudu. Jsem si nicméně vědoma všech souvisejících nedostatků stávající úpravy a možných dopadů takového výkladu na klinickou praxi. Proto se k této problematice ještě vrátím v kapitole 4, abych mimo jiné s odkazem na judikaturu Evropského soudu pro lidská práva nedostatky stávající právní úpravy podrobněji rozebrala a nabídla několik úvah *de lege ferenda*.

Holčapek a Šustek jako zastánci prvního přístupu argumentují, že zasahováním do integrity je stav, kdy se pomocí přístrojů trvale působí na organismus pacienta, aby byl udržen při životě, a že upuštění o další přístrojové podpory je naopak nastolením stavu, kdy do integrity zasahováno není. Tento závěr je z jejich pohledu platný i přesto, že k přechodu od stavu pokračující přístrojové podpory ke stavu, kdy je přístrojová podpora ukončena, může být zapotřebí dílčích aktivních úkonů zdravotnického personálu.<sup>255</sup> Holčapek situaci ukončení

---

<sup>255</sup> Odpojení dítěte od přístrojů: na okraj případu Charlie Gard, str. 99.

přístrojové podpory přirovnává k situaci odchodu hosta z obydlí. Říká, že osobnost člověka představuje chráněnou sféru podobně jako obydlí, do které lze vstoupit pouze se souhlasem nebo na základě jiného zákonem uznaného důvodu. Odchod hosta z obydlí směřuje k nastolení obdobného stavu jako ukončení přístrojové podpory, tj. stavu, kdy nepokračuje zásah do obydlí, resp. integrity. Stejně jako bychom odchod hosta nepovažovali za zásah do obydlí, nelze ani ukončení přístrojové podpory považovat za zásah do integrity.<sup>256</sup>

Domnívám se, že se závěrem Holčapka a Šustka se lze ztotožnit pouze do té míry, že trvajícím přístrojová podpora je trvajícím, resp. pokračujícím zásahem do integrity, a že po ukončení přístrojové podpory tento zásah netrvá, resp. nepokračuje. Nelze však souhlasit s tvrzením, že pro tento závěr není relevantní okamžik ukončení přístrojové podpory. Takový výklad se z mého pohledu poněkud účelově snaží obejít podstatu věci, totiž že v daném kontextu nejde ani tak o to, zda „technicky“ lékař ukončuje přístrojovou podporu, čímž ukončuje zásah do integrity, jako spíše to, zda přístrojová podpora byla poskytována na základě zákonem uznaného právního důvodu a zda i její ukončení je kryto tímto právním důvodem. Jinými slovy, podstatné je to, že stejně jako k pokračující přístrojové podpoře je třeba souhlasu pacienta, tak i k ukončení přístrojové podpory je třeba souhlasu pacienta (tedy i k onomu „dílčímu úkonu zdravotnického personálu“). A pokud pacient tento souhlas nemůže dát, pak občanský zákoník v teorii předpokládá, že jej za něj musí udělit soud (relevantní otázkou pak je, zda ukončení přístrojové podpory naplní znaky zásahu do integrity, jak jej definuje § 101 a § 480 občanského zákoníku).

Ve smyslu uvedeného se mi tedy jako logičtější a více odpovídající podstatě uvedených ustanovení jeví argumentace nikoliv po linii: pokračující přístrojová podpora je zásahem, zdržení se poskytování přístrojové podpory není zásahem, byť pro přechod z režimu zásahu do režimu zdržení se zásahu je třeba provést určité úkony, jako spíše po linii: k zahájení a pokračování přístrojové podpory je třeba souhlasu pacienta, k ukončení přístrojové podpory je třeba souhlasu pacienta, nemůže-li souhlas udělit pacient, musí jej udělit jiná osoba, případně za podmínek stanovených v § 101 a § 480 občanského zákoníku soud. Tvrzení, že samotný úkon spočívající v ukončení přístrojové podpory není v řešeném kontextu relevantní, by mohlo obstát pouze za předpokladu, že by rozhodnutí ukončit přístrojovou podporu bylo jednostranným rozhodnutím lékaře. To však bez dalšího tvrdit nelze.

---

<sup>256</sup> Holčapek, T. Rozhodnutí soudu jako zdroj oprávnění zásahu do integrity. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2018, 8(3), str. 6.

### 3.5 Shrnutí

V této kapitole jsem se věnovala otázce rozlišení nezahájení a ukončení život udržující léčby a jejich odlišení od eutanázie. Troufám si tvrdit, že tato otázka představuje nejkontroverznější otázku v současné diskuzi probíhající v českém prostředí. Mezi odbornou a laickou veřejností převládá přesvědčení, že z pohledu práva existuje rozdíl mezi nezahájením a ukončením život udržující léčby, resp. mezi ukončením intermitentní život udržující léčby a ukončením kontinuální život udržující léčby a že ukončení kontinuální život udržující léčby (typicky umělé plicní ventilace nebo přístrojové srdeční podpory) je v rozporu s právem. Mnozí ukončení život udržující léčby označují za eutanázii, případně pasivní eutanázii.

Tyto představy však z mého pohledu nejsou správné a postrádají oporu v přesvědčivé právní argumentaci. Pokusila jsem se je vyvrátit odkazem na bohatou zahraniční judikaturu a analýzou právních závěrů v ní formulovaných v kontextu českého práva. Závěry mé analýzy provedené v této kapitole lze shrnout následovně.

Existují přesvědčivé právní argumenty pro odmítnutí rozlišení nezahájení a ukončení život udržující léčby, stejně jako pro rozlišení intermitentní a kontinuální život udržující léčby. Toto rozlišení nemá dostatečnou právní oporu v distinkci konání-opomenutí, resp. aktivní-pasivní. Významné pro právní posouzení povahy jednání lékaře spočívajícího v nezahájení nebo ukončení život udržující léčby je především to, zda k poskytnutí léčby má právem uznaný důvod, tj. zda se nejedná o neoprávněný zásah do integrity pacienta. Jako relevantní se jeví rovněž úvaha o přiměřenosti, vhodnosti, resp. účelnosti léčby v závěru. Je-li léčba hodnocena jako nepřiměřená, není z pohledu práva relevantní, zda lékař nezahájí nebo ukončuje život udržující léčby. Tyto postupy je v kontextu úvahy o přiměřenosti léčby třeba hodnotit jako právně ekvivalentní.

Od postupů spočívajících v nezahájení nebo ukončení život udržující léčby je však důrazně třeba odlišit aktivní a pasivní eutanázii jako postupy, které na rozdíl od nezahájení nebo ukončení život udržující léčby směřují k usmrcení pacienta.

Na tomto místě si dovoluji své shrnutí doplnit citací ze stanoviska Etické komise MZ k připravovaným legislativním změnám zákona o zdravotních službách (konkrétně § 34 odst. 4 a § 36 odst. 5, zákona o zdravotních službách), kde se uvádí:

*„Napadená ustanovení zákona č. 372/2011 Sb., nerespektují výsledek etické debaty, která proběhla ve světě před 15 – 20 lety a vedla ke konsenzu, že nenasazení a vysazení léčby jsou mravně rovnocenné, již nasazená léčba nemůže být překážkou jejího vysazení. Jestliže je souhlas pacienta nepominutelnou podmínkou zahájení jakékoliv léčby, pak odvolání souhlasu znamená ztrátu oprávnění v léčbě pokračovat. Neexistují nástroje k donucení pacienta k přijetí jakékoliv léčby i léčby život zachraňující, také nejsou sankce, když pacient takovou léčbu odmítne nebo znemožní. Výjimkou jsou pouze situace, kdy neléčení jednoho pacienta ohrožuje ostatní, například u infekčních onemocnění. Pak z mravního hlediska nelze pacientovi odmítnout vysazení jakékoli již nasazené léčby.*

*Úmluva o lidských právech a biomedicině v čl. 5 jasně deklaruje, že jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas, a že dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat. To vše bez jakýchkoliv výjimek a omezení. Z etického hlediska (podloženého mezinárodní úmluvou), pokud lékař po nasazení léčby zjistí, že si pacient tuto léčbu nepřeje, není oprávněn v léčbě pokračovat. (Když nejde o chorobu ohrožující i jiné lidi.) Problematická místa v zákoně č. 372/2011 Sb., jsou jen „špičkou ledovce“ neutěšeného stavu etického diskursu v České republice. (...) Členové EK MZ vidí naléhavou potřebu v odborných společnostech i ve veřejném prostoru diskutovat témata (související s touto problematikou).“<sup>257</sup>*

---

<sup>257</sup> Etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR. Stanovisko EK MZ k návrhu JUDr. Barbory Vráblové, MA a MUDr. ThLic. Jaromíra Matějka, Ph.D, Th.D. na změnu několika ustanovení zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. 2020.

## 4 Rozhodovací proces

### 4.1 Úvod

Institut informovaného souhlasu byl v české i zahraniční odborné literatuře diskutován již nesčetněkrát. Významná část literatury je věnována zejména vztahu mezi lékařem a pacientem a jeho historickému vývoji, principu autonomie pacienta jako nejzákladnějšímu principu v oblasti poskytování zdravotních služeb, neméně rozsáhlá část se zabývá samotným institutem informovaného souhlasu, jeho povahou a základními náležitostmi. Požadavek, aby zdravotní služby byly pacientovi poskytovány na základě jeho informovaného souhlasu, je dnes již bez větších kontroverzí přijímán a respektován.

Kontroverze nicméně i nadále přetrvávají v souvislosti s právem pacienta vyjádřit nesouhlas s poskytováním život zachraňující nebo život udržující léčby a právem pacienta souhlas s poskytováním takové léčby odvolat. Jako diskutabilní je klinickou praxí nadále vnímáno rovněž právo osoby rozhodující za pacienta vyjádřit nesouhlas s poskytováním této léčby nebo souhlas odvolat. Zvláště problematicky jsou klinickou praxí vnímány situace, kdy lékař považuje určitou léčbu za přiměřenou, pro pacienta potenciálně prospěšnou, avšak osoba rozhodující za pacienta nebo jeho zákonný zástupce takovou léčbu pro pacienta odmítá, nebo situace, kdy lékař navrhuje poskytnutí život zachraňující léčby, avšak nezletilý pacient schopný vyjádřit svůj souhlas (a třeba i ve věku blízkém zletilosti) tuto léčbu odmítá. Zcela specifickou problematikou, se kterou se klinická praxe potýká, je otázka nutnosti získání přivolení soudu k poskytování zdravotních služeb.

Tyto kontroverze často nepramení z právní úpravy samotné, jako spíše z kontextu, ve kterém se naznačené právní otázky řeší, tj. kontextu poskytování péče v závěru života, který zcela bez nadsázky řečeno zahrnuje řešení „otázek života a smrti“. Zcela pochopitelně je pak odmítnutí léčby ze strany pacienta nebo osoby za něj rozhodující považováno za zvláště problematické, neboť není odmítána „jen tak nějaká“ léčba, ale léčba život udržující. Obdobně, zcela oprávněně, je odmítnutí potenciálně život zachraňující léčby ze strany nezletilého pacienta vnímáno jako zvláště tíživé.

V této kapitole tedy nebude mým cílem komplexně pojednat o institutu informovaného souhlasu. V tomto ohledu odkazují na existující odbornou literaturu.<sup>258</sup> Mou snahou bude zaměřit se otázky, které vyplývají ze specifického kontextu poskytování péče v závěru života tak, jak jsou formulovány v zahraniční odborné literatuře a rozhodovací praxi a jak je formuluje také česká klinická praxe.

V první části kapitoly se proto budu věnovat otázce posouzení způsobilosti pacienta udělit souhlas k poskytování zdravotních služeb. Tato otázka v české odborné literatuře doposud není nijak rozpracována, přesto jde o otázku, kterou klinická praxe řeší každodenně. Zahraniční právní úprava a odborná doporučení přitom ukazují, že posouzení způsobilosti právně jednat není otázkou ryze medicínskou, ale také otázkou právní.

V další části se zaměřím na právo pacienta odmítnout i život zachraňující léčbu a právo pacienta odvolat již vyslovený souhlas s poskytnutím život zachraňující, resp. život udržující léčby.

V poslední části této kapitoly se budu zabývat otázkami souvisejícími se zástupným rozhodováním. Samostatně se budu zabývat nezletilými pacienty, za něž rozhoduje zákonný zástupce, a samostatně pacienty, kteří nejsou způsobilí právně jednat a za něž rozhodují osoby dle § 33 odst. 1 ve spojení s § 34 odst. 7 zákona o zdravotních službách, a pacienty s omezenou svéprávností, za něž rozhoduje opatrovník. V této části kapitoly nabízím své úvahy *de lege ferenda* k otázkám aktuálně diskutovaným v souvislosti s novelou zákona o zdravotních službách. Nakonec se věnuji také otázce ingerence soudů a optikou rozsudku Evropského soudu pro lidská práva ve věci *Lambert a další v. Francie* hodnotím stávající právní úpravu a představuji možné legislativní úpravy.

## 4.2 Posouzení způsobilosti právně jednat

V kontextu poskytování péče v závěru života je častěji než kdy jindy řešena otázka, zda je pacient způsobilý platně udělit souhlas s poskytováním zdravotních služeb, příp. poskytování

---

<sup>258</sup> Např. Vráblová, B. *Informovaný souhlas nezletilých osob a osob s omezenou svéprávností*. Diplomová práce. Praha: Právnická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 2015. Mach, J. Buriánek, A. Záleská, D. Vráblová, B. *Komentář k zákonu o zdravotních službách a zákonu o specifických zdravotních službách*. Wolters Kluwer, 2018 (dále citováno jako „Komentář k zákonu o zdravotních službách“). Šustek, P. Holčápek, T. a kol. *Zdravotnické právo*. Wolters Kluwer, 2017 (dále citováno jako „Zdravotnické právo“).



zdravotních služeb odmítnout nebo již udělený souhlas odvolat.<sup>259</sup> Tato otázka nesměřuje na nezletilé pacienty, u nichž se nedostatek způsobilosti předpokládá s ohledem na nedostatek rozumové a volní vyspělosti dané nedostatkem věku, ani pacienty s omezenou svéprávností, u nichž je nedostatek způsobilosti právně jednat formálně stanoven rozhodnutím soudu, nýbrž pacienty, kteří ve smyslu § 33 odst. 1 ve spojení s § 34 odst. 7 zákona o zdravotních službách s ohledem na svůj zdravotní stav nemohou vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb.

Dle § 34 odst. 7 zákona o zdravotních službách: „*Jestliže pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb, a nejde-li o zdravotní služby, které lze poskytnout bez souhlasu, vyžaduje se souhlas osoby určené pacientem podle § 33 odst. 1, není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, manžela nebo registrovaného partnera, není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, vyžaduje se souhlas rodiče, není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, vyžaduje se souhlas jiné svéprávné osoby blízké, pokud je známa.*“<sup>260</sup>

S ohledem na toto ustanovení zákona se klinická praxe ptá, jakým způsobem posoudit způsobilost pacient vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb, resp. jaká kritéria v rámci úvahy o způsobilosti pacienta vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb zvážit.

Britská právní úprava řešené problematiky je obsažena především v Mental Capacity Act 2005. Ten vychází z následujících zásad:

„S. 1 (...)

(2) *Osoba musí být považována za svéprávnou, dokud není prokázán opak.*

(3) *S osobou nesmí být zacházeno jako s osobou nezpůsobilou činit rozhodnutí, dokud nebylo využito všech dostupných prostředků k pomoci takové osobě rozhodnutí učinit.*

(4) *S osobou nesmí být zacházeno jako s osobou nezpůsobilou činit rozhodnutí pouze proto, že rozhodnutí, které činí je považováno za nerozumné.*

---

<sup>259</sup> “*In what situations can a person refuse a potentially life saving/sustaining coronary artery bypass graft? What if that individual is psychiatrically stable (at his or her baseline) but has considerable anxiety or paranoia? What if that individual is more acutely psychotic? Can a person with diminished cognitive functioning decide to stop dialysis? What if the decision comes after several days off dialysis in which a delirium is setting in? Can an individual with disorganized reasoning due to micro vascular insults refuse antihypertensive medications or anticoagulation medications that may prevent future infarcts?*”

<sup>260</sup> Ust. § 34 odst. 7 zákona o zdravotních službách.

(5) *Jakékoliv rozhodnutí činěné jménem nesvéprávné osoby musí být činěno v nejlepším zájmu této osoby.*

(6) *Vždy musí být upřednostněno rozhodnutí, které s ohledem na dosažení požadovaného účelu nejméně omezuje práva a svobody nesvéprávné osoby.*<sup>261</sup>

První zásada představuje domněnku svéprávnosti („presumption of capacity“). Každá osoba je způsobilá rozhodovat o všech svých záležitostech, včetně udělení nebo neudělení souhlasu k poskytnutí zdravotních služeb, dokud není prokázáno, že tato osoba svéprávnou není.<sup>262</sup> Nesvéprávnou osobou se dle section 2 zákona chápe osoba, která v okamžiku rozhodování o určité záležitosti není schopná rozhodnutí učinit v důsledku kognitivní poruchy bez ohledu na to, zda je porucha trvalého nebo dočasného charakteru.<sup>263</sup> Definice tedy vymezuje dva základní předpoklady nesvéprávnosti osoby: a) nezpůsobilost učinit rozhodnutí, b) způsobená kognitivní poruchou.

Pro posouzení schopnosti či neschopnosti osoby učinit rozhodnutí zákon stanoví čtyřstupňový test. Na základě tohoto testu osoba není schopná činit rozhodnutí, pokud není schopná:

1. porozumět informaci relevantní pro rozhodnutí,
2. zapamatovat si takovou informaci,
3. využít (zvážit) takovou informaci v procesu rozhodování,
4. sdělit svoje rozhodnutí (forma sdělení není rozhodující).

Osobu nelze považovat za neschopnou činit rozhodnutí z důvodu její neschopnosti porozumět informaci pouze proto, že není schopná porozumět vysvětlení podanému lékařem.<sup>264</sup> Zároveň také skutečnost, že osoba je schopná zapamatovat si relevantní informaci pouze na krátký čas, neznamená automaticky, že by taková osoba měla být posuzována jako osoba neschopná činit rozhodnutí.<sup>265</sup>

Mental Capacity Act 2005 v tomto ohledu vychází z testu již dříve zakotveného v rozhodovací praxi.<sup>266</sup> Poprvé byl test použit ve věci *Re C (Adult: Refusal of Medical Treatment)*<sup>267</sup> v roce

---

<sup>261</sup> Section 1 Mental Capacity Act 2005.

<sup>262</sup> Medical law. Text, cases and materials, str. 221.

<sup>263</sup> Section 2 Mental Capacity Act 2005.

<sup>264</sup> Section 3(2) Mental Capacity Act 2005.

<sup>265</sup> Section 3(3) Mental Capacity Act 2005.

<sup>266</sup> Medical law. Text, cases and materials, str. 224.

<sup>267</sup> *Re C (Adult: Refusal of Medical Treatment)* [1994] 1 WLR 290.

1994. Pacient C byl hospitalizován za účelem amputace dolní končetiny postižené snětí. Lékařem bylo pacientovi sděleno, že neprovedení amputace na 85 % povede ke smrti pacienta. Pacient, jemuž již dříve byla diagnostikována paranoidní schizofrenie, amputaci odmítl s tím, že raději zemře se dvěma chodidly, než by žil jen s jedním. Poskytovatel zdravotních služeb podal návrh k soudu, aby určil, zda pacient je nebo není způsobilý odmítnout tento zákrok. Soud rozhodl, že pacient C byl způsobilým k rozhodnutí odmítnout navrhovanou léčbu. „*Při posouzení způsobilosti pacienta činit rozhodnutí v této věci vycházím z analýzy rozhodovacího procesu, kdy zvažuji nejprve schopnost pacienta porozumět podané informaci, dále schopnost zapamatovat si tuto informaci a nakonec schopnost zvážit tuto informaci a zvolit mezi nabízenými možnostmi. Po aplikaci testu na konkrétní skutkové okolnosti jsem dospěl k závěru, že právo pacienta odmítnout navrhovaný zákrok musí být respektováno. Ačkoliv obecná způsobilost pacienta je narušena, nebylo dostatečně prokázáno, že pacient dostatečně neporozuměl povaze, účelu nebo následkům zákroku. Významné je to, že pacient pochopil informaci relevantní pro toto konkrétní rozhodnutí, zvážil ji a dospěl k jednoznačnému rozhodnutí.*“ Uvedený test byl potvrzen o tři roky později ve věci *Re MB (An Adult: Medical Treatment)*.<sup>268</sup>

Otázku posouzení, zda se jedná o kognitivní poruchu, podrobněji rozpracovává Mental Capacity Act 2005 Code of Practice. Uvádí, že příkladem takové poruchy mohou být stavy spojené s některými formami psychických onemocnění, poruchy učení, demence, delirium, bezvědomí způsobené poraněním hlavy nebo symptomy naznačující užití alkoholu nebo drog.<sup>269</sup> Způsobilost osoby činit rozhodnutí může být ve značné míře ovlivněna také jinými, někdy pouze přechodnými faktory jako je silná bolest, účinky léků, šok apod.<sup>270</sup>

Druhou zásadou zakotvenou v section 1 Mental Capacity Act 2005 je zásada, že s osobou nesmí být zacházeno jako s osobou nezpůsobilou činit rozhodnutí, dokud nebylo využito všech dostupných prostředků k pomoci takové osobě rozhodnutí učinit. V section 3 (2) je dále stanoveno, že skutečnost, že osoba nerozumí vysvětlení podanému jí lékařem, nemusí nutně znamenat, že tato osoba není schopná informaci porozumět vůbec.

---

<sup>268</sup>*Re MB (An Adult: Medical Treatment* [1997] 2 FLR 426.

<sup>269</sup> Para 4.12 Mental Capacity Act 2005 Code of Practice.

<sup>270</sup> Para 4.26 Mental Capacity Act 2005 Code of Practice, srov. para 4.45 Mental Capacity Act 2005 Code of Practice.

Tato ustanovení lze chápat jako apel na lékaře a jiné zdravotnické pracovníky, kteří pacientovi podávají poučení o zamýšlené zdravotní péči, aby forma poučení odpovídala konkrétním podmínkám, ve kterých je poučení podáváno, s důrazem na individuální potřeby či rozpoložení pacienta.

Asistence zdravotnických pracovníků v procesu rozhodování je opět podrobněji upravena v Mental Capacity Act 2005 Code of Practice. Ten uvádí, že zásadní roli hraje volba správné formy komunikace s pacientem. Zdravotnický pracovník je nabádán, aby používal srozumitelný jazyk, kde je to vhodné, aby využíval obrázků, fotografií, nahrávek apod., mluvil správnou rychlostí, zvolil správnou hlasitost, užíval vhodné formulace a strukturu vět, v případě nutnosti informaci zopakovat, byl si vědom kulturních, etnických či náboženských aspektů osobnosti pacienta, které mohou ovlivňovat způsob uvažování, chování či komunikace, kde je to možné, aby zvolil pro rozhovor s pacientem místo, kde se pacient cítí uvolněně, zvolil správný čas rozhovoru, tj. čas, kdy je pacient bdělý atd.<sup>271</sup>

Právo pacienta rozhodovat o (ne)udělení souhlasu k poskytnutí zdravotní péče, ačkoliv se takové rozhodnutí může zdát iracionální nebo výstřední, bylo poprvé diskutováno v případě *Re T (Adult: Refusal of Treatment)*.<sup>272</sup> Lord Donaldson ve svém odůvodnění uvádí: „Právo volby [mezi přijetím zdravotní péče nebo jejím odmítnutím] není limitováno na rozhodnutí, která ostatní považují za rozumná. Mohou se objevit případy, kdy důvody rozhodnutí jsou iracionální, neznámé nebo dokonce důvod pro takové rozhodnutí neexistuje.“ Section 2 (3) Mental Capacity Act 2005 výslovně stanoví, že nezpůsobilost pacienta nesmí být určována s odkazem na věk pacienta, jeho vzhled nebo projevy chování, které by mohly vést k neobjektivním či předpojatým závěrům v otázce (ne)svéprávnosti pacienta.<sup>273</sup> V praxi je ovšem nutné pozorně rozlišovat situace, kdy svéprávná osoba činí svá rozhodnutí z bizarních důvodů, a situace, kdy bizarní přání pacienta či výstřední důvody vedoucí k výstředním rozhodnutím mohou signifikovat nesvéprávnost pacienta v tom smyslu, že mohou být projevem psychického onemocnění. V prvním případě by rozhodnutí pacienta muselo být respektováno. V druhém případě by však byl pacient posouzen jako nesvéprávný, neboť by neprošel testem svéprávnosti.

---

<sup>271</sup> Para. 2.7, 3.10, 3.13 a 3.14 Mental Capacity Act 2005 Code of Practice.

<sup>272</sup> *Re T (Adult: Refusal of Treatment)* [1993] Fam 95.

<sup>273</sup> Section 2(3), srov. section 4(1) Mental Capacity Act 2005.

Soud takové dilema řešil například v případě *NHS Trust v T (Adult Patient: Refusal of Medical Treatment)*.<sup>274/275</sup> Ve svém odůvodnění uvedl: „Rozhodnutí pacienta může reflektovat rozdílné hodnoty pacienta spíše než nezpůsobilost pacienta rozhodnout. Při posuzování svéprávnosti pacienta by toto lékaři měli mít neustále na paměti. Lékaři nesmí připustit, aby jejich odlišný názor jakkoliv ovlivnil úsudek při zodpovídání základní otázky, zda pacient má způsobilost učinit rozhodnutí. Tvrzení paní T, že je její krev d'ábelská, může být přirovnáno k tvrzení, že „krev je jedovatá, protože je červená“. Proto se domnívám, že přesvědčení paní T je projevem mylného vnímání reality, které (...) musí být vyhodnoceno jako projev psychické poruchy a důkaz nezpůsobilosti činit rozhodnutí.“

Podobně jako britský Mental Capacity Act 2005 a Mental Capacity Code of Practice k posouzení způsobilosti pacienta právně jednat přistupuje také *Assessment of Older Adults with Diminished Capacity* vydaný společně American bar Association Commission on Law and Aging a American Psychological Association.<sup>276</sup>

Kromě jiného nabízí přehled v klinické praxi nejčastěji užívaných nástrojů pro posouzení způsobilosti pacienta právně jednat, např. Aid to Capacity Evaluation<sup>277</sup>, Assessment of the Capacity to Consent to Treatment,<sup>278</sup> Capacity Assessment Tool,<sup>279</sup> Competency to Consent to Treatment Instrument,<sup>280</sup> Competency Interview Schedule,<sup>281</sup> Decision-making Assessment

---

<sup>274</sup>*NHS Trust v T (Adult Patient: Refusal of Medical Treatment)* [2004] EWHC 1279 (Fam).

<sup>275</sup> Pacientka T odmítla podání krevní transfuze. Odmítnutí odůvodnila svým přesvědčením, že v jejím těle koluje d'ábelská krev a, ačkoliv krev podávaná transfuzí je zdravá a čistá, jakmile by byla transfuze podána, došlo by ke kontaminaci krve z transfuze její krví d'ábelskou. Tím by se zvětšil objem d'ábelské krve v jejím těle a také nebezpečí, že pacientka bude páchat d'ábelské činy.

<sup>276</sup> Srov. zejména American bar Association Commission on Law and Aging a American Psychological Association. *Assessment of Older Adults with Diminished Capacity*. 2008, str. 51 – 60.

<sup>277</sup> Etchells, E. Darzins, P. Silberfeld, M. Singer, P. A. McKenny, J. Naglie, G. Katz, M. Guyatt, G. H. Molloy, D. W. & Strang, D. Assessment of patients capacity to consent to treatment. *Journal of General Internal Medicine*. 1999, 14, str. 27 – 34.

<sup>278</sup> Moye, J. Butz, S. W. Marson, D. C. & Wood, E. A conceptual model and assessment template for capacity evaluation in adult guardianship. *Gerontologist*. 2007, 47, str. 591 – 603.

<sup>279</sup> Carney, M. T. Neugroschl, J. Morrison, R. S. Marin, D. & Siu, A. L. The development and piloting of a capacity assessment tool. *The Journal of Clinical Ethics*. 2001, 12, str. 17 – 23.

<sup>280</sup> Marson, D. C. Cody, H. A. Ingram, K. K. & Harrell, L. E. Neuropsychological predictors of competency in Alzheimer's disease using a rational reasons legal standard. *Archives of Neurology*. 1995, 52, str. 955 – 959.

<sup>281</sup> Bean, G. Nishiasato, S. Rector, M. A. & Glancy, G. The psychometric properties of the competency interview schedule. *Canadian Journal of Psychiatry*. 1994, 39, str. 368 – 376.

Measure,<sup>282</sup> MacCarthur Competence Assessment Tool-T,<sup>283</sup> Structured Interview for Competency<sup>284</sup> nebo tzv. CURV.<sup>285</sup>

Poslední z uvedených, ačkoliv původně navržen pro rozhodování v prostředí urgentní medicíny, je v současné době využíván také mimo něj jako obecně využitelný nástroj hodnocení způsobilosti pacienta právně jednat. Akronym CURV vyjadřuje následující:

C – choose and communicate

U – understand

R – reason

V – values

První kritérium je kritérium schopnosti pacienta rozhodnout se, tedy zvolit z nabízených možností, léčebných postupů a svou volbu sdělit lékaři. Druhé kritérium je kritérium schopnosti pacienta porozumět tomu, jaké jsou přínosy a rizika, které jsou spojeny s jednotlivými léčebnými postupy, a jaká jsou rizika v případě odmítnutí léčby. Třetí kritérium, kritérium schopnosti pacienta odůvodnit své rozhodnutí předpokládá schopnost pacienta alespoň rámcově vysvětlit, proč si zvolil možnost, kterou si zvolil. Poslední kritérium předpokládá posouzení, zda rozhodnutí pacienta koresponduje s jeho hodnotovým systémem tak, jak jej měl lékař možnost seznat.

Jak jsem již uvedla, v českém právním prostředí otázka posouzení způsobilosti právně jednat v kontextu poskytování zdravotní služeb (resp. zcela konkrétně v kontextu poskytování péče v závěru života) doposud nebyla specificky řešena.

Judikatura Nejvyššího a Ústavního soudu uvádí pouze toliko, že „*neplatnost právního úkonu (...) vyžaduje bezpečné zjištění, že účastník právního úkonu nedokáže posoudit následky svého jednání nebo své jednání ovládnout a je vyloučeno činit závěr o jednání v duševní poruše*

---

<sup>282</sup>Wong, J. G. Clare, I. C. H. Holland, A. J. Watson, P. C. & Gunn, M. The capacity of people with a “mental disability” to make a health care decision. *Psychological Medicine*. 2000, 30, str. 295 – 306.

<sup>283</sup>Grisso, T. & Applebaum, P. S. *Assessing Competence to Consent to Treatment*. New York: Oxford University Press, 1998.

<sup>284</sup>Tomoda, A. Yasumiya, R. Sumiyama, T. Tankada, K. Hayakawa, T. Kimimori, M. Reliability and validity of structured interview for competency incompetency assessment testing and ranking inventory. *Journal of Clinical Psychology*. 1997, 53, str. 443 – 450.

<sup>285</sup>Chow, G. V. Czarny, M. J. Hughes, M. T. Carrese, J. A. CURVES: a mnemonic for determining medical decision-making capacity and providing emergency treatment in the acute setting. *Chest*. 2010, 137(2), str. 421 – 427.

*na základě pravděpodobnosti či za skutkových okolností, které neumožňují učinit v uvedeném směru zcela jednoznačně skutkový závěr“.*<sup>286</sup>

Komentářová občanskoprávní literatura v návaznosti na uvedenou judikaturu říká, že omezení způsobilosti pacienta právně jednat může vedle nedostatku způsobilosti dané věkem vyplývat také z trvalé nebo přechodné duševní poruchy. Definici duševní poruchy obsaženou v § 123 trestního zákoníku, která stanoví, že „*duševní poruchou se rozumí mimo duševní poruchy vyplývající z duševní nemoci i hluboká porucha vědomí, mentální retardace, těžká asociální porucha osobnosti nebo jiná těžká duševní nebo sexuální odchylka*“, rozšiřuje o jiné formy duševní poruchy v podobě opilosti, drogového opojení nebo hypnózy a říká, že všechny uvedené formy duševní poruchy mohou vyvolat stav, kdy pacient nebude způsobilý právně jednat. Nezpůsobilost právně jednat se pak projeví v neschopnosti pacienta posoudit následky svého jednání nebo v neschopnosti pacienta své jednání ovládnout.<sup>287</sup>

Stávající právní úprava pak zcela v souladu s uvedeným stanoví, že nezpůsobilost může spočívat v neschopnosti pacienta posoudit následky svého jednání nebo v neschopnosti pacienta své jednání ovládnout. Specifickou právní úpravu pro tyto situace však právní předpisy neobsahují. Vodítka nenabízejí ani odborná doporučení nebo jiné mimoprávní normy. Lze se pouze domnívat, že je tomu tak proto, že v českém právním prostředí převládá představa, že otázka posouzení způsobilosti pacienta právně jednat je otázkou spíše medicínskou, a proto si ji lékaři jsou schopni posoudit sami. Ačkoliv lze souhlasit, že způsobilost pacienta právně jednat je do značné míry determinována zdravotní stavem, tedy skutkový základ posouzení je skutečně medicínský, úvaha o způsobilosti právně jednat je úvahou právní v tom smyslu, že ze skutkového stavu je dovozován stav právní, tedy nezpůsobilost pacienta udělit nebo neudělit souhlas nebo udělený souhlas odvolat a nutnost, aby za pacienta rozhodla jiná osoba.

V klinické praxi absence pravidel pro posouzení způsobilosti pacienta rozhodovat o poskytované zdravotní péči může vést k situacím, kdy přání pacienta, zejména jde-li o přání pacienta, aby byla ukončena život udržující léčba, nejsou respektována, a to s odůvodněním, že pacient nebyl způsobilý se rozhodnout. Skutečným důvodem nerespektování přání pacienta přitom však není jeho nezpůsobilost, ale skutečnost, že lékař obtížně přijímá rozhodnutí

---

<sup>286</sup> Srov. nález Ústavního soudu ze dne 20. 8. 2014, sp. zn. I. ÚS 173/13, usnesení Nejvyššího soudu ze dne 21. 2. 2018, sp. zn. 30 Cdo 2224/2017.

<sup>287</sup> Občanský zákoník: komentář, str. 349.



pacienta nepokračovat v léčbě, kterou lékař hodnotí jako potenciálně přínosnou, život zachraňující, resp. život udržující. V tomto ohledu hodnocení způsobilosti pacienta rozhodovat o poskytované zdravotní péči lze považovat za jednu z oblastí, v níž absentuje transparentnost rozhodovacího procesu, o níž jsme mluvila již v kapitole 2.

Rada Evropy v dokumentu Průvodce procesem rozhodování o medicínském postupu v situacích na konci života zdůrazňuje, že v případech jakékoliv pochybnosti o způsobilosti pacienta rozhodovat o poskytované zdravotní péči, je vždy třeba způsobilost adekvátním a transparentním způsobem evaluována. Tato evaluace má být, je-li to možné, svěřena nezávislé osobě, která se přímo nepodílí na péči o pacienta nebo není zahrnuta do rozhodovacího procesu.

V rámci ní je třeba zkoumat:

- a) schopnost pacienta porozumět sdělovaným informacím,
- b) schopnost pacienta zorientovat se ve vlastní situaci, v nabízených možnostech a schopnost hodnotit jednotlivé možnosti ve vztahu k hodnotovému žebříčku konkrétního pacienta,
- c) schopnost pacienta zvážit rizika a přínos nabízených možností,
- d) schopnost pacienta vyjádřit své rozhodnutí, včetně jeho odůvodnění.

Tato evaluace pak má být důkladně zaznamenána do zdravotnické dokumentace tak, aby bylo možné zpětně ověřit, zda nerespektování přání pacienta bylo oprávněné nebo zda naopak nedošlo k neoprávněnému zásahu do autonomie pacienta.<sup>288</sup>

V souladu s tímto dokumentem Rady Evropy by evaluace způsobilosti pacienta rozhodovat se o péči poskytované v závěru života měla být zcela samozřejmou součástí rozhodovacího procesu.

### **4.3 Odmítnutí život udržující léčby nebo odvolání souhlasu s život udržující léčbou**

Jak již zaznělo v kapitole 3, právo na tělesnou a duševní integritu představuje jedno ze základních východisek postavení fyzických osob v mezích právního řádu. Antropocentrické pojetí patrné ve vymezení ochrany osobnosti člověka je zdůrazněno ve znění § 91 občanského

---

<sup>288</sup> Rada Evropy. *Průvodce procesem rozhodování o medicínském postupu v situacích na konci života*. 2016, str. 16 (dále citováno jako „Průvodce procesem rozhodování o medicínském postupu v situacích na konci života“).

zákoníku, který deklaruje, že „člověk je nedotknutelný“. Primát ochrany života a zdraví je upozaděn ve prospěch primátu vůle pacienta a jeho důstojnosti. Pacient již dále není pasivním recipientem zdravotní péče, ale s důrazem na jeho vlastní autonomii se stává subjektem poskytování takové péče. Má právo rozhodovat o všem, co se týká jeho zdraví, o zásazích do jeho tělesné či duševní integrity.<sup>289</sup>

Ústavní soud svou rozhodovací praxí tuto představu opakovaně potvrzuje.<sup>290</sup> Naposledy s velkým důrazem ve svém nálezu sp. zn. I. ÚS 2078/16 uvádí: „*Institut svobodného a informovaného souhlasu s každým lékařským zákrokem je založen na uznání právní subjektivity každého jedince a jeho svobody rozhodovat o svém vlastním těle a podporuje autonomii jeho morální volby. (...) V konečném důsledku je to vždy pacient, jako svobodný jednatel nadaný základními právy, včetně práva na respektování své fyzické a psychické integrity, kdo by měl dát souhlas se zásahy do tohoto práva. Přitom je nutné akceptovat, že jiné osoby mohou i jeho rozhodnutí považovat za špatné. Schopnost vést svůj život způsobem dle vlastního výběru zahrnuje činnosti, které jsou vnímány jako fyzicky škodlivé nebo pro dotyčnou osobu nebezpečné. (...) V oblasti lékařské péče, a to i v případě, že odmítnutí konkrétní léčby může vést k fatálnímu konci, lékařský zákrok bez souhlasu psychicky způsobilého dospělého pacienta by byl v rozporu s jeho právem na tělesnou integritu chráněnou čl. 8 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod.*“<sup>291</sup>

Ústavní soud ČR tedy dospívá k jednoznačnému závěru, dle něhož jednání lékaře není protiprávní v případě, kdy lékař neposkytne potřebnou zdravotní péči z důvodu nesouhlasu svéprávného dospělého pacienta. Z nálezu také vyplývá, že za neposkytnutí zdravotní péče v důsledku odepření souhlasu svéprávným a dospělým pacientem nemůže být lékař nijak právně sankcionován, a to ani v případě, kdy by neposkytnutí odpírané péče v konečném důsledku znamenalo úmrtí pacienta.

Odraz požadavku na ochranu tělesné a duševní integrity nalézáme v § 33 a § 34 zákona o zdravotních službách a § 93 až 103 občanského zákoníku. Konkrétně § 34 odst. 3 zákona o zdravotních službách explicitně uvádí, že pacient může odmítnout vyslovit souhlas

---

<sup>289</sup> Medicínské právo, str. 5.

<sup>290</sup> Již v nálezu ze dne 18. 5. 2001, sp. zn. IV. ÚS 639/2000 Ústavní soud ČR uvedl, že lékařskou diagnózu nelze stavět nad právo.

<sup>291</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 2. 1. 2017, sp. zn. I. ÚS 2078/16, odst. 24 a 25.

s poskytováním zdravotních služeb, a to i v případě, kdy je zřejmé, že neposkytnutí zdravotních služeb může vážně poškodit jeho zdraví nebo ohrozit život. Toto právo je již přijímáno bez větších kontroverzí. Kontroverzní však i nadále zůstává navazující ustanovení § 34 odst. 4 zákona o zdravotních službách, které stanoví: „*Pacient může svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb odvolat. Odvolání souhlasu není účinné, pokud již bylo započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušeni může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života pacienta.*“<sup>292</sup>

Současná formulace § 34 odst. 4 zákona o zdravotních službách je považována za problematickou právě a zejména v souvislosti s péčí o pacienty, kterým je poskytována kontinuální přístrojová orgánová podpora (např. umělá plicní ventilace, kardiostimulátor, implantabilní kardioverter-defibrilátor apod.) nebo jiná kontinuální léčba (včetně antibiotické léčby, umělé hydratace a výživy apod.). Klinická praxe řeší otázku, zda lze již zahájenou kontinuální léčbu se souhlasem pacienta (resp. po odvolání souhlasu s pokračující léčbou ze strany pacienta) ukončit.

Jedna z interpretací § 34 odst. 4 zákona o zdravotních službách, která v této souvislosti zaznívá, vyjadřuje přesvědčení, že kontinuální přístrojová podpora je zákonem uváděným *zdravotním výkonem, jehož přerušeni může být vážně poškozeno zdraví nebo ohrožen život pacienta*, a proto odvolání souhlasu v takovém případě není účinné. Tato interpretace odkazuje na vysvětlující zprávu k Úmluvě o lidských právech a biomedicíně, která uvádí: „*Svoboda souhlasu znamená, že souhlas může být kdykoli odvolán, jakmile byl dotyčný plně informován o následcích a jeho rozhodnutí musí být respektováno. Tato zásada však neznamena, že je nutno vždy respektovat odvolání souhlasu pacienta, například pokud se tak stane v průběhu operace. Profesionální standardy a povinnosti, jakož i pravidla lege artis mohou v takových případech podle čl. 4 lékaře zavazovat, aby v operaci pokračoval a předešel tak závažnému ohrožení pacientova zdraví.*“<sup>293</sup>

Jakkoliv se takové odůvodnění omezení práva pacienta odvolat souhlas může jevit jako logické, neboť jak vysvětlující zpráva stanoví, směřuje k ochraně pacienta, aby (zjednodušeně řečeno) pod vlivem medikace v průběhu operace neohrozil sám sebe, je třeba se ptát, zda takové omezení není v rozporu s naznačenými východisky spočívajícími v požadavku na ochranu

---

<sup>292</sup> Ust. § 34 odst. 4 zákona o zdravotních službách.

<sup>293</sup> Odst. 38 vysvětlující zprávy k Úmluvě o lidských právech a biomedicíně.

tělesné a duševní integrity pacienta a zda skutečně může být vztaženo také na situace, kdy pacient odmítá další kontinuální přístrojovou podporu a činí tak s plným vědomím rizik pro své zdraví nebo život.

Jsem přesvědčena, že interpretace § 34 odst. 4 zákona o zdravotních službách, která brání pacientovi odvolat souhlas s kontinuální život udržující léčbou, není správná. Je-li pacient oprávněn odmítnout poskytování zdravotních služeb i v případě, že takové odmítnutí může ohrozit jeho život nebo vést k vážnému poškození jeho zdraví, musí být zcela totožně oprávněn udělený souhlas odvolat, byl-li o těchto rizicích poučen, a přesto další poskytování léčby odmítá. Pouze takový závěr koresponduje s článkem 5 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, který stanoví, že pacient má právo „*kdykoliv svobodně svůj souhlas odvolat*“. Pouze takový závěr odpovídá systematice zákona o zdravotních službách. A pouze tento závěr odpovídá požadavku na ochranu tělesné a duševní integrity pacienta.

Nadto nelze akceptovat interpretaci, která by omezovala svobodnou volbu pacienta ohledně navrhovaného léčebného postupu v tom smyslu, že by jej nutila odmítnout určitou léčbu, pro pacienta potenciálně prospěšnou, a to pouze z toho důvodu, že by dle zákona nebylo možné v souladu s přáním pacienta léčbu po jejím zahájení ukončit. Takový přístup se mi jeví jako nepřijatelný. Pacient má právo souhlasit s léčbou, kterou pro sebe považuje za prospěšnou, a stejně tak musí mít právo odvolat souhlas s léčbou, kterou již za prospěšnou nepovažuje, nebo ve které si nepřeje pokračovat z jakéhokoliv jiného důvodu.

Nakonec lze zdůraznit, že ve smyslu § 2 odst. 4 písm. b), je zdravotním výkonem toliko výkon prováděný bezprostředně zdravotnickým pracovníkem.<sup>294</sup> Krejčíková v této souvislosti uvádí: „*Kupř. umělá plicní ventilace je zdravotním výkonem dle sazebníku výkonů VZP, pod kódem 90907 (umělá plicní ventilace trvající déle než 75 dní), její přerušeni nepochybně může vážně poškodit zdraví pacienta, dle takovéhoho jazykového výkladu by rozhodování pacienta o ukončení přístrojové podpory jeho životních funkcí proto nespádalo do jeho dispoziční sféry, a přesto se lze oprávněně domnívat, že na léčbu zprostředkovanou pomocí přístrojové techniky § 34 odst. 5, zákona o zdravotních službách<sup>295</sup> o odvolání souhlasu zřejmě nedopadá,*

---

<sup>294</sup> Ustanovení § 2 odst. 4 písm. b) zákona o zdravotních službách používá legislativní zkratku „zdravotní výkon“ pro preventivní, diagnostické, léčebné, léčebně rehabilitační, ošetrovatelské nebo jiné zdravotní výkony prováděné zdravotnickými pracovníky za účelem poskytování zdravotní péče.

<sup>295</sup> Dle stávajícího znění zákona o zdravotních službách se jedná o § 34 odst. 4.

*neboť z ust. § 4 písm. b<sup>296</sup>), zákona o zdravotních službách lze dovodit, že zdravotní výkon je taková jednotka poskytování zdravotní péče, která je prováděná bezprostředně zdravotníky. Ostatně jiný výklad § 4 písm. b), zákona o zdravotních službách by byl v rozporu s ústavněprávní normou (čl. 5 alinea 3 Úmluvy o biomedicíně) a zakládal by derogační pravomoc Ústavního soudu ČR.<sup>297</sup>*

Se závěrem vyjádřeným Krejčíkovou se ztotožňuji, ačkoliv spíše než odkazem na derogační pravomoc Ústavního soudu ČR lze z mého pohledu argumentovat článkem 10 Ústavy České republiky, který stanoví, že vyhlášené mezinárodní smlouvy, k jejichž ratifikaci dal Parlament souhlas a jimiž je Česká republika vázána, jsou součástí právního řádu, a pakliže stanoví mezinárodní smlouva něco jiného než zákon, použije se mezinárodní smlouva. Úmluva o lidských právech a biomedicíně je mezinárodní smlouvou ve smyslu tohoto článku, stanoví něco jiného než zákon o zdravotních službách. Je tedy třeba trvat na přednosti článku 5 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně před § 34 odst. 4, zákona o zdravotních službách, zejména jedná-li se o rozpor, který vede k omezení základních lidských práv.<sup>298</sup>

Zcela se lze ztotožnit s připravovanou legislativní změnou § 34 odst. 4 zákona o zdravotních službách, která by stávající formulaci „*pacient může svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb odvolat, odvolání souhlasu není účinné, pokud již bylo započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušeni může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života pacienta*“, nahradila formulací „*pacient může svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb kdykoliv svobodně odvolat*“, jež plně koresponduje s formulací zakotvenou v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně.

#### **4.4 Zástupné rozhodování**

Zástupné rozhodování představuje další z kontroverzních a palčivě aktuálních témat řešených v rámci diskuze o rozhodování o poskytování péče v závěru života. Aktuálnost otázek

---

<sup>296</sup> Patrně má jít o § 2 odst. 4 písm. b) stávajícího znění zákona o zdravotních službách.

<sup>297</sup> Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře, str. 96.

<sup>298</sup> Srov. Rychetský, P. *Ústava České republiky: Ústavní zákon o bezpečnosti České republiky: komentář*. Praha: Wolters Kluwer, 2015, str. 99 – 100 (dále citováno jako „Ústava České republiky: Ústavní zákon o bezpečnosti České republiky: komentář“).

souvisejících se zástupným rozhodováním je dána klinickou skutečností, že mnozí z pacientů v závěru života nejsou způsobilí jakkoliv se podílet na rozhodování o péči. Je tedy velmi často třeba, aby za pacienta rozhodovala jiná osoba.

Občanský zákoník i zákon o zdravotních službách rozlišují v zásadě tři kategorie pacientů, u nichž je třeba řešit otázku zástupného rozhodování: pacienti nezletilé, pacienti s omezenou svéprávností, kdy svéprávnost pacienta je omezena rozhodnutím soudu, a pacienti, kteří nejsou způsobilí udělit souhlas nebo nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb, ať už přechodně nebo trvale, kdy svéprávnost pacienta není omezena rozhodnutím soudu.

V souvislosti s každou z uvedených kategorií pacientů mohou právní předpisy stanovit požadavky na způsob, jakým zástupce pacienta za pacienta rozhoduje. Odborná (zejména etická) literatura pojmenovává dva základní standardy zástupného rozhodování. První označuje jako „*substitute judgment*“, druhý jako „*the best interest standard*“.<sup>299/300</sup>

Rozhodování dle prvního standardu je rozhodováním, které se opírá o známá přání pacienta, jeho preference, a směřuje k jejich prosazování. Zástupce ve smyslu tohoto standardu má povinnost rozhodovat tak, aby jeho rozhodnutí bylo totožné jako rozhodnutí, které by činil sám pacient. Takový způsob rozhodování je možný především v situacích, kdy pacient svá přání vyjádřil formou dříve vysloveného přání nebo kdy je zástupce schopen přání pacienta seznat z předchozích rozhodnutí pacienta, z jeho životních postojů nebo jednání v určitých situacích.

Druhý z uvedených standardů směřuje nikoliv k prosazování přání pacienta a rozhodování způsobem, kterým by se rozhodoval sám pacient, ale k prosazování nejlepšího zájmu, resp. nejlepších zájmů pacienta.

Ačkoliv se rozdíl mezi těmito standardy v reálných klinických situacích mohou stírat, je to právě oblast rozhodování o péči v závěru života, kde prosazovaný standard zástupného rozhodování může významně ovlivnit výsledek rozhodovacího procesu. Zcela konkrétně se rozdíl mezi nimi může projevit v případě, kdy se rozhoduje o nezahájení nebo ukončení život udržující léčby, která z pohledu lékaře má potenciál přinést pacientovi benefit. Může se jednat

---

<sup>299</sup> Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně, str. 93.

<sup>300</sup> Nutno podotknout, že pro tuto kategorizaci lze jak v odborné literatuře, tak v zahraničních právních řádech nalézt odlišná označení.

o léčbu, v souvislosti s níž se pacient v minulosti vyjádřil tak, že by si takovou léčbu nikdy, za žádných okolností nepřál. Zástupce pacienta, rozhoduje-li dle standardu *substitute judgment*, bude v rámci rozhodovacího procesu prosazovat přání pacienta a život udržující léčbu za pacienta odmítne. Lékař, který však léčbu hodnotí jako potenciálně prospěšnou, bude mít zcela legitimně tendenci prosazovat zahájení takové léčby a zpochybňovat autoritu zástupce a jeho rozhodnutí. Pokud by zástupce za pacienta rozhodoval dle standardu nejlepšího zájmu, mohl by namísto rozhodnutí odmítnout takovou léčbu k léčbě udělit souhlas, neboť by její zahájení považoval za potenciálně přínosné, a proto v nejlepším zájmu pacienta.

V českém právním prostředí zůstává řešení otázek souvisejících se zástupným rozhodováním velmi komplikované, a to zejména z důvodu absence jasné a konzistentní právní úpravy. V praxi tento nedostatek způsobuje obavu poskytovatelů zdravotních služeb z nezahájení nebo ukončení život udržující léčby na základě rozhodnutí zástupce pacienta, neboť poskytovatel má obecně obavu z rozhodnutí neposkytovat život udržující léčbu, neboť nedisponuje efektivním právním nástrojem, jak rozhodnutí zástupce nechat přezkoumat, příp. neexistuje efektivní procesní řešení, které by umožnilo do rozhodovacího procesu zahrnout soud jako nezávislého arbitra.

Uvedené pak platí zejména v situacích, kdy za dospělého pacienta, který není způsobilý rozhodovat o péči, avšak není omezen ve svéprávnosti, rozhoduje zástupce, kterého si pacient určil v souladu s § 33 odst. 1 zákona o zdravotních službách, příp. který za pacienta rozhoduje dle § 34 odst. 7 zákona o zdravotních službách. Těchto pacientů je přitom většina.

V souvislosti s nezletilými pacienty je nadto třeba řešit otázku, jak hodnotit nejlepší zájem dítěte v kontextu poskytování péče v závěru života. Existující odborná diskuze a rozhodovací praxe Ústavního soudu totiž směřuje primárně na situace, kdy má být poskytována život zachraňující léčba, a rodiče nezletilého pacienta takovou léčbu odmítají. Judikatura Ústavního soudu zcela jednoznačně vyznívá v tom smyslu, že zájmy dítěte mohou převážit nad zájmy rodičů, že nelze připustit, aby rodiče přijímali opatření škodlivá pro zdraví nebo rozvoj dítěte a že zdraví dítěte je v žebříčku hodnot chráněných právním řádem hodnotou nejvýznamnější.<sup>301</sup>

---

<sup>301</sup> Srov. náleží Ústavního soudu ze dne 20. 8. 2004, sp. zn. II. ÚS 459/03.



V následující části této podkapitoly tedy nejprve představuji vybrané části právní úpravy zástupného rozhodování ve Velké Británii a USA. Na tomto místě poznamenávám, že nebylo mým cílem zpracovat komplexní komparativní analýzu, ale spíše jen upozornit na zajímavé momenty v zahraniční legislativě a judikatuře. V navazující části představuji stávající právní úpravu zakotvenou v občanském zákoníku a zákoně o zdravotních službách a upozorňuji na její nedostatky. V závěru této podkapitoly formuluji své úvahy *de lege ferenda*.

#### 4.4.1 Zástupné rozhodování v zahraniční právní úpravě

##### **Velká Británie**

Britská právní úprava rozlišuje kategorii pacientů nezletilých a pacientů zletilých. Otázce rozhodování v nejlepším zájmu nezletilého pacienta dle britské legislativy a rozhodovací praxe jsem se věnovala v kapitole 2. Proto na ni na tomto místě pouze odkazuji a v následujícím textu se věnuji pouze pacientům zletilým.

Právní úprava zástupného rozhodování ve vztahu k této kategorii je obsažena především v Mental Capacity Act 2005 2005. Ten, jako jeden ze základních principů, na kterých je vystavěn, zakotvuje princip nejlepšího zájmu. Section 1 zákona stanoví, že jakékoliv rozhodnutí, které zástupce pacienta činí jeho jménem, musí být v pacientově nejlepším zájmu. Section 4 zákona pak stanoví, jaká konkrétní kritéria je třeba zohlednit, aby rozhodnutí za pacienta dostálo tomuto standardu.

Zákon ukládá:

1. posoudit, zda je nesvéprávnost pacienta trvalá nebo dočasná, pokud se jeví stav pacienta jako přechodný, vyžaduje se s ohledem na konkrétní okolnosti odložit poskytnutí zdravotních služeb do doby, než bude pacient způsobilý (ne)udělit souhlas s jejich poskytnutím (formulace *s ohledem na konkrétní okolnost* naznačuje, že se mohou objevit situace, kdy poskytnutí zdravotních služeb odkládáno být nemůže, např. v případě poskytnutí neodkladné péče bez možnosti získat zástupný souhlas),
2. umožnit pacientovi v co největší možné míře účast na rozhodovacím procesu,
3. vzít v potaz minulá i současná přání pacienta, zvážit, jaké hodnoty pacient vyznává a jakým způsobem by se rozhodoval, kdyby byl svéprávný, zvážit jakékoliv další faktory, které by pacient pravděpodobně zvažoval,

4. konzultovat svůj postoj s dalšími osobami, které o pacienta pečují nebo mají zájem o jeho blaho.<sup>302</sup>

British Medical Association ve svém doporučení *Consent, Rights and Choices in Health Care for Children and Young People* mezi faktory, které mají být zváženy v rámci hodnocení nejlepšího zájmu pacienta, uvádí následující:

- a) přání pacienta a hodnoty, které pacient považuje za důležité, kulturní a náboženské prostředí, ze kterého pacient pochází nebo v němž žije,
- b) přínos léčby pro pacienta,
- c) rizika spojená s léčbou,
- d) pravděpodobnost úspěšnosti léčby,
- e) názory rodinných příslušníků a osob blízkých pacientovi,
- f) možné důsledky poskytnutí/neposkytnutí léčby nejen pro pacienta, ale i pro rodinu pacienta, osoby blízké nebo osoby pečující o pacienta,
- g) rizika spojená s odkladem poskytnutí léčby.

Ve vztahu k posouzení nejlepšího zájmu pacienta existuje rovněž značné množství soudních rozhodnutí. Z těch nejvýznamnějších lze uvést případ *A Local Authority v K 2013*,<sup>303</sup> *A London Local Authority v JH 2011*,<sup>304</sup> *A Local Authority v E 2012*,<sup>305</sup> *Re M 2011*,<sup>306</sup> *AVS v NHS Foundation Trust 2011*,<sup>307</sup> *An NHS Trust v K 2012*,<sup>308</sup> *A Primary Care Trust v P 2008*,<sup>309</sup> *Re A (Medical Treatment: Male Sterilization)*<sup>310</sup> a *Re Y (Mental Patient: Bone Marrow Donation)*.<sup>311</sup>

Rozhodovací praxe opakovaně zdůrazňuje, že z hledisek uvedených v Mental Capacity Act 2005 je primárně třeba zvažovat, jak by se sám rozhodl, kdyby se rozhodnout mohl. V tomto smyslu je osoba, která za pacienta rozhoduje, povinna zohlednit pacientova minulá i současná přání, a to bez ohledu na to, zda je pacient vyjádřil písemně (a toto přání splňuje formální požadavky stanovené zákonem pro dříve vyslovená přání), ústně nebo jen třeba způsobem

---

<sup>302</sup> Section 4 Mental Capacity Act 2005.

<sup>303</sup> *A Local Authority v K* [2012] EWHC 242 (COP).

<sup>304</sup> *A London Local Authority v JH* [2011] EWHC 2420 (COP).

<sup>305</sup> *A Local Authority v E* [2012] EWHC 1693 (Fam).

<sup>306</sup> *Re M* [2011] EWHC 2443 (COP).

<sup>307</sup> *AVS v NHS Foundation Trust* [2011] EWCA Civ 7.

<sup>308</sup> *An NHS Trust v K* [2012] EWHC 2922 (COP).

<sup>309</sup> *A Primary Care Trust* [2008] EWHC 1403 (Fam).

<sup>310</sup> *Re A (Medical Treatment: Male Sterilisation)* [2000] 1 FLR 549.

<sup>311</sup> *Re Y (Mental Patient: Bone Marrow Donation)* [1996] 2 FLR 787.

svého života. Má zvážit, jaké hodnoty pacient považuje za důležité a jakými principy nebo obecnými pravidly se ve svém životě řídil. Pouze tímto způsobem může být zajištěno, že bude sledován nejlepší zájem konkrétního pacienta tak, jak by jej definoval on sám, a nikoliv jako zájem pacienta hodnocený z perspektivy lékaře na základě jeho klinického úsudku nebo nebo hodnocený z perspektivy zástupce pacienta s ohledem na jeho představy, přání, hodnotový systém apod.

Hazel Marshall QC v rozhodnutí ve věci *Re S and Another (Protected Persons)*<sup>312</sup> uvádí, že současná společnost v daleko širší míře respektuje autonomii všech osob a jejich svobodnou volbu žít podle svého. Tento přístup nahradil tradiční důraz na ochranu osob nezpůsobilých k právnímu jednání spočívající v rozhodování za tyto osoby nikoliv dle jejich přání, ale dle „objektivních měřítek“ toho, co je dobré. Tento přístup je dnes považován za paternalistický a stávající Mental Capacity Act 2005 2005 jej vylučuje.<sup>313</sup>

Donnelly naznačený přístup kritizuje. Uvádí, že ačkoliv se zástupné rozhodování může na první pohled jevit jako nejvhodnější model, je třeba zdůraznit, že ani nejbližší rodinní příslušníci nebo přátelé pacienta nemusí vždy znát přání pacienta, nemusí vědět, jaké hodnoty pacient považuje za nejdůležitější, a nemusí vědět, jak by se pacient v danou chvíli rozhodl. Prohlášení pacienta typu „raději bych zemřel, než bych byl zcela závislý na někom jiném“ mohou více než cokoliv jiného vyjadřovat potřebu ujištění ze strany pečující osoby, že pacient je a bude respektován v situaci závislosti na jiné osobě nebo být projevem strachu pacienta z budoucnosti.

Jak je patrné, britská právní úprava zakotvuje na rozdíl od uvedené kategorizace zástupného rozhodování na dva odlišné standardy standard jeden, a to standard nejlepšího zájmu pacienta. Poměrně zajímavě však do tohoto standardu zahrnuje jak úvahy z kategorie *substitute judgment*, tak z kategorie *the best interest standard*. Nadto zdůrazňuje, že primárním kritériem rozhodování o nejlepším zájmu pacienta jsou přání pacienta a hodnoty, které pacient považuje za důležité a kulturní a náboženské prostředí, ze kterého pacient pochází nebo v němž žije.

---

<sup>312</sup>*Re S and Another (Protected Persons)* [2010] 1 WLR 1082.

<sup>313</sup> “There has been a whole sea change in the attitude of the law to persons whose mental capacity is impaired. The former approach was based on a stark division between those who had capacity to manage their own affairs and those who did not. The former took their own decisions for better or worse, and the latter fell under a régime in which decisions were made for them, perhaps with a generous, and in some cases patronising, token nod to their feelings by asking them what they wanted, and then deciding what none the less was objectively best for them.” Srov. *Re M (Statutory Will)* [2009] EWHC 2525 (Fam). Donnelly, M. Best Interests, Patient’s Participation and the Mental Capacity Act 2005. *Medical Law Review*. 2009, 17, str. 1 – 29.

Poněkud nekonceptně tedy v rámci standardu nejlepšího zájmu pacienta prosazuje standard *substitute judgment*. Rozhodovací praxe soudů pak vyznívá v tom smyslu, že je třeba opustit představu, že nejlepší zájem pacienta má být stavěn pouze, resp. primárně na úvaze o medicínské prospěšnosti léčby. Spíše je třeba prosazovat chápání nejlepšího zájmu pacienta s ohledem na jeho autonomii, právo rozhodovat o své tělesné a duševní integritě, neboť tyto principy jsou zcela zásadními východisky postavení pacienta v mezích právního řádu. Jinými slovy, pro pacienta je v nejlepším zájmu to, aby jeho zástupce rozhodoval způsobem, jakým by se rozhodoval sám pacient.

Tento přístup nabízí zajímavý a ne zcela tradiční pohled na to, co má být považováno za nejlepší zájem pacienta, resp. člověka obecně. Zřejmý je zcela zásadní myšlenkový posun od primátu ochrany života a zdraví pacienta k primátu ochrany autonomie pacienta, který jsem v práci již zmiňovala.

### ***Spojené státy americké***

Americká rozhodovací praxe se kromě otázky standardu zástupného rozhodování opakovaně zabývala otázkou prokazatelnosti existence a obsahu přání pacienta sděleného prostřednictvím zástupce, resp. otázkou, jaké důkazní prostředky má zástupce pacienta (rozhodující dle standardu *substitute judgment*) využít k prokázání skutečnosti, že jeho rozhodnutí koresponduje s tím, jak by se pacient rozhodl sám.

V případě *Cruzan*<sup>314</sup> Nejvyšší soud USA rozhodoval o ukončení umělé hydratace a výživy u pacientky v perzistentním vegetativním stavu, a to v souladu s rozhodnutím rodičů pacientky, kteří argumentovali, že jejich dcera v přítomnosti svých přátel opakovaně vyjádřila své přání, nebýt nikdy uměle udržována při životě. Soud uložil poskytovateli povinnost umělou hydratací a výživu ukončit, přičemž uvedl, že svědecké výpovědi lze považovat za dostatečný důkaz. Zároveň apeloval na to, aby si každý stát americké federace nastavil jasná legislativní pravidla, kterých by se pacient při vyjadřování svých přání mohl přidržet.

Bez ohledu na nastavení důkazního standardu v jednotlivých státech americké federace lze vysledovat jednoznačný trend nárůstu počtu pacientů, kteří mají tzv. living will, příp. kteří si

---

<sup>314</sup>*Cruzan v. Director, Missouri Department of Health*, (88-1503), 497 U. S. 261 (1990).

určili svého zástupce prostřednictvím tzv. medical power of attorney s uvedením konkrétních pokynů, jak má zástupce rozhodovat. Jedna ze studií z roku 2017 ukazuje, že v současné době přibližně 40 % amerických pacientů sepsalo dříve vyslovené přání, přibližně 30 % pacientů si určilo svého zástupce a podobné procento pacientů zvolilo kombinaci dříve vysloveného přání a určení zástupce. V populaci nad 65 let je procento pacientů, kteří sepsali dříve vyslovené přání, ještě vyšší, a to přibližně 46 %.<sup>315</sup>

Americká společnost tak může být v tomto směru inspirací pro české právní prostředí v tom smyslu, že americká klinická praxe v současné době pracuje s konkrétními právními nástroji, které napomáhají předcházení sporům v souvislosti se zástupným rozhodováním, snižují zátěž poskytovatele spojenou s ověřováním autenticity rozhodnutí zástupce a zátěž zástupce spojenou s prokazováním existence a obsahu přání pacienta, o které se jeho rozhodnutí opírá.

### *Německo*

Německý občanský zákoník upravuje otázku zástupného rozhodování v § 1901, § 1901b a § 1904 občanského zákoníku.

Ust. § 1901 a odst. 1 nejprve zakotvuje právo pacienta na vyjádření své vůle formou dříve vysloveného přání. Dle § 1901 a odst. 2 pokud pacient svou vůli tímto způsobem nevyjádřil, nebo pokud dříve vyslovené přání není aplikovatelné na aktuální situaci pacienta, osoba oprávněná za pacienta rozhodovat je povinna rozhodnout tak, aby její rozhodnutí bylo v co největší možné míře v souladu s přáními pacienta, resp. s jeho předpokládanou vůlí („presumed will“). Předpokládaná vůle pacienta má být dovozována na základě konkrétních projevů pacienta v minulosti, zejména na základě jakýchkoli ústních nebo písemných prohlášení pacienta, na základě morálních nebo náboženských přesvědčení, která pacient v minulosti vyjádřil, na základě osobních hodnot, jimiž se pacient ve svém životě řídil.

Dle § 1901b odst. 1 ukládá ošetřujícímu lékaři povinnost navrhnout léčebný postup, který je medicínsky indikovaný s ohledem na celkový zdravotní stav pacienta a prognózu pacientova onemocnění a tento vždy konzultovat s osobou oprávněnou rozhodovat za pacienta. Osoba

---

<sup>315</sup> Yadav, K. N. Gabler, N. B. Cooney, E. Kent, S. Kim, J. et al. Approximately one in three US adults completes any type of advance directive for end of life care. *Health affairs. Advance illness and end of life care*. 2017,36(7), str. 244 – 1251.

oprávněná rozhodovat za pacienta je pak dle shora uvedeného § 1901 a povinna rozhodnout o lékařem navrhovaném léčebném postupu způsobem, jakým by se rozhodl pacient sám. Dle § 1901b odst. 2 by do rozhodovacího procesu měly být zavzaty rovněž jakékoliv osoby blízké pacientovi tak, aby měly možnost se k navrhovanému léčebnému postupu vyjádřit, a to za podmínky, že jejich zavzetí do procesu rozhodování nezpůsobí „průtahy“.

Dále § 1904 odst. 2 stanoví požadavek, aby nesouhlas s navrhovaným léčebným postupem nebo odvolání souhlasu s tímto postupem vyjádřený osobou oprávněnou za pacienta rozhodovat byl schválen soudem, pokud s sebou nezahájení nebo nepokračování navrhovaného léčebného postupu nese riziko úmrtí nebo vážného poškození zdraví pacienta. Dle § 1904 odst. 4 se souhlas soudu však nevyžaduje v případě, kdy se ošetřující lékař a osoba rozhodující za pacienta shodnou, že nezahájení nebo nepokračování léčebného postupu odpovídá přáním pacienta, resp. předpokládané vůli pacienta.

Německá úprava tedy zakotvuje zmiňovaný *substitute judgment* standard zástupného rozhodování, neboť zdůrazňuje, že osoba oprávněná rozhodovat za pacienta je primárně povinna rozhodovat tak, jak by se rozhodl pacient sám. Zároveň německá úprava zakotvuje pojistku pro případy, kdy má být poskytnuta život zachraňující léčba, kterou však osoba oprávněná za pacienta odmítne. Za těchto okolností je na místě, aby do rozhodování ingeroval soud a případně nahradil nesouhlas osoby oprávněné rozhodovat za pacienta svým souhlasem. Jak nicméně bylo uvedeno, ingerence soudu se nevyžaduje v případě, kdy ošetřující lékař a osoba oprávněná rozhodovat za pacienta ohledně léčebného postupu dosáhnou konsenzu. V tomto ohledu se německá úprava jeví jako logičtější a bližší potřebám klinické praxe.<sup>316</sup>

#### 4.4.2 Zástupné rozhodování v české právní úpravě

Jak jsem již zmínila v úvodu této podkapitoly, občanský zákoník i zákon o zdravotních službách rozlišují v zásadě tři kategorie pacientů, u nichž je třeba řešit otázku zástupného rozhodování: pacienty nezletilé, pacienty s omezenou svéprávností, kdy svéprávnost pacienta je omezena rozhodnutím soudu, a pacienty, kteří nejsou způsobilí udělit souhlas nebo nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb, ať už přechodně nebo trvale, kdy svéprávnost pacienta není omezena rozhodnutím soudu.

---

<sup>316</sup> Srov. § 101 českého občanského zákoníku.

V souvislosti s každou jednotlivou kategorií stanoví občanský zákoník a zákon o zdravotních službách určitý standard zástupného rozhodování s tím, že standardy zástupného rozhodování se ve vztahu k jednotlivým kategoriím liší. Samostatná kritéria rozhodování o poskytování zdravotních služeb jsou v občanském zákoníku stanovena rovněž ve vztahu k soudu, který přivoluje k zásahu do integrity člověka ve smyslu § 100 a § 101 občanského zákoníku. Tato kritéria prozatím ponechávám stranou a budu se jim podrobněji věnovat v následující podkapitole zaměřené na ingerenci soudu v procesu rozhodování.

### ***Zletilí pacienti, kteří nejsou způsobilí udělit souhlas nebo nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb, jejichž svéprávnost není omezena rozhodnutím soudu***

Článek 6 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně stanoví, že podle článku 17 a 20 může být proveden zákrok na osobě, která není schopna dát souhlas, pouze pokud je to k jejímu přímému prospěchu. Odchyłka od tohoto pravidla je možná pouze ve dvou případech, jimiž se zabývají článek 17 a 20 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně týkající se lékařského výzkumu a odběru obnovitelné tkáně.<sup>317</sup>

Ani vysvětlující zpráva ani úmluva přímý prospěch dále nedefinují. Článek 6 odst. 5 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně navíc vedle slovního spojení přímý prospěch pracuje s pojmem „nejlepší zájem zastoupeného“.

Vysvětlující zpráva k Úmluvě o lidských právech a biomedicíně uvádí, že podle článku 6 odst. 5 může dotyčná osoba nebo příslušný orgán kdykoli svůj souhlas odvolat, pokud tak učiní v zájmu osoby, která není schopna dát svůj souhlas. Lékaři a profesionální zdravotničtí pracovníci jsou vázáni povinností především k pacientovi a je také součástí profesního standardu ve smyslu článku 4 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně,<sup>318</sup> aby jednali v zájmu pacienta. Je vlastně povinností lékaře chránit pacienta proti rozhodnutím učiněným osobou nebo orgánem, od níž se souhlas požaduje, pokud tato rozhodnutí nejsou v nejlepším zájmu pacienta. Podřízenost souhlasu (nebo jeho odvolání) zájmům pacienta je ve shodě se záměrem Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, kterým je ochrana osobnosti. Zatímco osoba schopná dát svůj souhlas k zákroku má právo svobodně tento souhlas odvolat, i když se to zdá být v rozporu se zájmem této osoby, nesmí totéž právo platit pro souhlas daný k zákroku na jiné

---

<sup>317</sup> Vysvětlující zpráva k Úmluvě o lidských právech a biomedicíně.

<sup>318</sup> Článek 4 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně. „Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu, je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy.“



osobě, který by měl být odvolatelný pouze tehdy, je-li to v zájmu této osoby, která je zde třetí stranou.<sup>319</sup>

Obdobně se vyjadřuje také § 93 odst. 2 občanského zákoníku, který stanoví, že „*zákonný zástupce může udělit souhlas k zásahu do integrity zastoupeného, je-li to k přímému prospěchu osoby, která není schopna dát souhlas*“. Občanský zákoník nijak blíže nevymezuje, co chápat pod pojmem přímý prospěch osoby.<sup>320</sup>

Komentářová odborná literatura k pojmu „přímý prospěch“ uvádí, že v oblasti poskytování zdravotních služeb obecně může být přímý prospěch chápán jako udržení nebo zlepšení zdravotního stavu zastoupeného. Definice zdraví Světové zdravotnické organizace říká, že zdravím se rozumí stav fyzické, psychické, sociální a estetické pohody. Zákonný zástupce by tedy měl přímý prospěch osoby, za niž rozhoduje, posuzovat komplexně, zvažovat jak krátkodobé, tak dlouhodobé přínosy, rizika apod.<sup>321</sup> Ust. § 93 odst. 2 občanského zákoníku upřesňuje, že se musí jednat o prospěch přímý. Mezi zásahem a očekávaným přínosem musí být patrná souvislost, nebude dostatečné, pokud prospěch bude jen velmi vzdálený, efemérní či zprostředkovaný.<sup>322</sup>

Na rozdíl od citovaného § 93 odst. 2 občanského zákoníku, § 98 odst. 2 občanského zákoníku, ve vztahu k osobám rozhodujícím za pacienta neschopného projevit vůli, byť jen na přechodnou dobu, vyjadřuje požadavek, aby tyto osoby při udělení souhlasu vzaly zřetel na dříve vyslovená známá přání člověka, do jehož integrity má být zasaženo.

Stávající právní úprava tak vyznívá poněkud nekonzistentně, neboť zakotvuje oba z uvedených standardů zástupného rozhodování. V klinické praxi tato nekonzistentnost vyvolává značné obavy ošetřujících lékařů, zejména v situacích, kdy osoby oprávněné rozhodovat za pacienta nesouhlasí s poskytováním život udržující terapie nebo s takovou léčbou odvolají souhlas.

---

<sup>319</sup> Vysvětlující zpráva k Úmluvě o lidských právech a biomedicině.

<sup>320</sup> Nutno zdůraznit, že citované ustanovení vyjadřuje požadavek rozhodování v přímém prospěchu pouze ve vztahu k zákonným zástupcům. Těmi jsou dle občanského zákoníku primárně rodiče dítěte, případně poručníci. Toto ustanovení se tak nevztahuje na jiné osoby, které z různého titulu mohou za pacienta rozhodovat. Zcela zjevně se toto ustanovení nebude vztahovat na rozhodování osoby oprávněné rozhodovat za pacienta ve smyslu § 33 odst. 1 ve spojení s § 34 odst. 7 zákona o zdravotních službách, resp. § 98 občanského zákoníku, ledaže by se prosadil extenzivní výklad tohoto ustanovení, který by povinnost rozšířil také na jiné osoby, která však nejsou zákonnými zástupci stricto sensu.

<sup>321</sup> Občanský zákoník: komentář, str. 360.

<sup>322</sup> Občanský zákoník: komentář, str. 361.

Ošetřující lékař z obavy z možného postihu léčbu poskytne navzdory nesouhlasu osoby oprávněné rozhodovat za pacienta. Takové řešení uvedené situace je zcela zřejmým důsledkem nedostatečnosti stávající právní úpravy, která jednoznačně neřeší závaznost rozhodnutí osob oprávněných rozhodovat za pacienta, která konzistentně nestanoví standard zástupného rozhodování a která nenabízí účinné právní nástroje řešení konfliktních situací.

S ohledem na uvedené se tak jeví jako žádoucí, aby stávající právní úprava byla upravena. Vyjasněn by měl být rovněž vztah mezi občanským zákoníkem a zákonem o zdravotních službách. Je zřejmě již notorií, že občanský zákoník přinesl nejednu nejasnost týkající se případné přednosti ustanovení zákona o zdravotních službách jakožto zvláštního právního předpisu před ustanoveními občanského zákoníku jakožto právního předpisu obecného.

Domnívám se, že cenným inspiračním zdrojem nám může být představená německá právní úprava doplněná o úvahy vyplývající z britské judikatury a britského Mental Capacity Act 2005. S ohledem na uvedené nedostatky lze navrhnout následující znění § 33 zákona o zdravotních službách, s tím, že stávající § 34 odst. 7 zákona o zdravotních službách, by byl vypuštěn.

### § 33

- (1) Pacient může při přijetí do péče určit osoby, které mohou být informovány o jeho zdravotním stavu, a současně může určit, zda tyto osoby mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace o něm vedené nebo do jiných zápisů vztahujících se k jeho zdravotnímu stavu, pořizovat si výpisy nebo kopie těchto dokumentů.*
- (2) Pacient může pro případ, kdy by se dostal do stavu, kdy s ohledem na svůj zdravotní stav nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb, nebo souhlas s poskytováním zdravotních služeb odvolat, určit osobu oprávněnou za něj udělit souhlas nebo nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb nebo souhlas s poskytováním zdravotních služeb odvolat (dále jen „zástupce pacienta“).*
- (3) Pro určení zástupce pacienta dle odst. 2 se vyžaduje forma dle § 36 odst. 3 nebo 4 tohoto zákona.*

- (4) *Zástupce pacienta je povinen rozhodovat za pacienta tak, aby rozhodnutím byla v co největší možné míře respektována známá přání pacienta. Zástupce pacienta je povinen zohlednit zejména jakákoliv ústní nebo písemná prohlášení pacienta týkající se poskytování zdravotních služeb, přání pacienta vyjádřená ve formě dříve vyslovené přání dle § 36 tohoto zákona, morální nebo náboženská přesvědčení pacienta a jeho životní hodnoty. Zástupce pacienta nesmí svá přání zaměňovat za přání pacienta.*
- (5) *Souhlas, nesouhlas nebo odvolání souhlasu s poskytováním zdravotních služeb vyjádřené zástupcem pacienta jsou pro poskytovatele zdravotních služeb závazné.*
- (6) *Pokud má poskytovatel zdravotních služeb důvodné pochybnosti o tom, že souhlas, nesouhlas nebo odvolání souhlasu s poskytováním zdravotních služeb je v souladu s odst. 4, je povinen informovat soud.<sup>323</sup> Informování soudu dle tohoto ustanovení se nepovažuje za porušení povinné mlčenlivosti.<sup>324</sup>*
- (7) *Jestliže pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb, a nejde-li o zdravotní služby, které lze poskytnout bez souhlasu, a neurčil-li si svého zástupce dle odst. 2 a 3, vyžaduje se rozhodnutí manžela nebo registrovaného partnera, není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, vyžaduje se rozhodnutí rodiče, není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, vyžaduje se rozhodnutí jiné svéprávné osoby blízké, pokud je známa. Tyto osoby jsou oprávněné udělit souhlas nebo nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb nebo souhlas s poskytováním zdravotních služeb odvolat.*
- (8) *Odst. 4, odst. 5 a odst. 6 platí ve vztahu k osobám určeným dle odst. 7 obdobně.*

### **Nezletilí pacienti**

Pro kategorii nezletilých pacientů zakotvuje stávající právní úprava poměrně konzistentně standard nejlepšího zájmu. Tento přístup není nikterak neobvyklý. Naopak je zcela logické, že

---

<sup>323</sup> Na tomto místě by měl být v navrhovaném znění obsažen odkaz na relevantní ustanovení v občanském zákoníku a relevantní procesní ustanovení obsažená v zákoně č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, v platném znění.

<sup>324</sup> Ve smyslu § 51 odst. 2 písm. c) zákona o zdravotních službách.

v případě nezletilých pacientů lze (alespoň do určitého věku pacienta) jen těžko rozhodnutí opírat o přání těchto pacientů, neboť péče v závěru života jim může být poskytována ve věku, kdy ještě neměli možnost svá přání vyjádřit. Jinými slovy, zcela logicky je ve vztahu k nezletilým pacientům volen standard nejlepšího zájmu namísto standardu *substitute judgment*, neboť u nezletilých pacientů často nelze předpokládat, jakým způsobem by se rozhodovali, pokud by se mohli rozhodovat sami.

Měřítko zájmu zastoupeného, resp. nejlepšího zájmu je zakotveno kromě Úmluvy o lidských právech a biomedicíně také a primárně v Úmluvě o právech dítěte. Článek 3 Úmluvy o právech dítěte stanoví, že „*zájem dítěte musí být předním hlediskem při jakékoli činnosti týkající se dětí (...)*“.<sup>325</sup>

Z textu Úmluvy o právech dítěte explicitně neplyne, co jsou nejlepší zájmy dítěte, obsah pojmu lze dovodit částečně z ostatních práv dítěte zaručených v této úmluvě. Zjednodušeně lze říci, že obsahem nejlepšího zájmu dítěte je, aby bylo dítě vychováváno ve stabilním prostředí, ideálně oběma biologickými rodiči a cílem jeho výchovy je vytvoření autonomního jedince s pozitivním přístupem k svému dalšímu vývoji.<sup>326</sup> Text Úmluvy o právech dítěte navíc implikuje, že zájmy dítěte jsou předním a nikoliv jediným rozhodujícím hlediskem při jakékoliv činnosti osob uvedených v článku 3 Úmluvy o právech dítěte.<sup>327</sup>

Relevantním mezinárodním dokumentem je také Evropská úmluva o ochraně lidských práv. Vyjádření ochrany nejlepších zájmů dítěte zde zcela absentuje. Evropský soud pro lidská práva však dospěl k závěru, že závazky signatářských států vyplývajících z článku 8 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv (právo na soukromý a rodinný život) je třeba vykládat ve světle skutečnosti, že nejlepší zájmy dítěte jsou v rámci koherentního rodinného práva stavěny do popředí.<sup>328</sup> Podle Evropského soudu pro lidská práva existuje široký konsenzus, že ve všech rozhodnutích týkajících se dětí musí být jejich nejlepší zájmy předním hlediskem.<sup>329</sup> Evropský soud pro lidská práva tak obvykle stojí před rozhodnutím, zda byly správně vyváženy soupeřící

---

<sup>325</sup> Článek 3 Úmluvy o právech dítěte.

<sup>326</sup> Van Rosum, W. The clash of legal cultures over the best interest of the child principle in cases of intentional parental child abduction. *Utrecht Law Review*. 2010, 6(2), str. 37.

<sup>327</sup> Např. Fortin, J. *Children's Rights and the Developing Law*. Cambridge: Cambridge University Press, 2005, str. 39.

<sup>328</sup> Rozsudek ESLP ze dne 22. 4. 1997, *X, Y and Z v. Spojené království*, stížnost č. 21830/93. "(...) *the community as a whole has an interest in maintaining a coherent system of family law which places the best interest of the child at the forefront.*"

<sup>329</sup> Rozsudek ESLP ze dne 6. 7. 2010, *Neulinger and Shuruk v. Švýcarsko*, stížnost č. 41615/07.

zájmy. Přitom zájmy dítěte mohou v závislosti na jejich povaze a významu převážit nad zájmy rodičů. Evropský soud pro lidská práva výslovně uvedl, že rodiči nemůže být ve smyslu článku 8 umožněno, aby uplatňoval vůči dítěti opatření, která by poškodila zdraví dítěte nebo jeho vývoj.<sup>330</sup>

Problematikou principu nejlepšího zájmu dítěte se v odborné české literatuře po roce 1989 zabývá např. prof. Hrušáková v publikaci *Dítě, rodina a stát* z roku 1993. Práce zastává přístup, že zájem dítěte je pojmem, jehož obsah nelze v právním předpise vymezit, když uvádí, že konkrétní právní normy tento pojem sice často obsahují, nikde však nevymezují, co je jím třeba rozumět (a je třeba podotknout, že to ani učinit nemohou), ale navíc jej užívají v různých souvislostech.<sup>331</sup> Z nedávné literatury lze zmínit práci prof. Jílka, který říká, že princip nejlepšího zájmu dítěte je principem se substantivním i procesním obsahem a plní především interpretační funkci a funkci kontroly.<sup>332</sup> Angloamerická odborná literatura dlouhodobě podrobuje princip nejlepšího zájmu dítěte kritice. Zásadní výtky směřují především k vágnosti a neurčitosti pojmu a riziku oslabení práv rodiče.<sup>333</sup>

V českém právu se s principem zájmu dítěte taktéž pracuje. Hojně jej zmiňuje judikatura, zakotven je také v zákonných předpisech. Před přijetím občanského zákoníku byl princip zakotven v zákoně o rodině, který pojem však používal poměrně nekoncepčně.<sup>334</sup> V některých ustanoveních užíval zákon o rodině singulár (zájem dítěte – např. § 26 a § 62 zákona o rodině), v některých plurál (např. §31 odst. 2 zákona o rodině), aniž by bylo jasné, zda a jaký je mezi zájmem a zájmy dítěte rozdíl.

Občanský zákoník pojem zájem/zájmy dítěte používá taktéž na mnoha místech. Za nejdůležitější ustanovení lze považovat zejména § 875 odst. 1 občanského zákoníku, který stanoví: „*Rodičovskou odpovědnost vykonávají rodiče v souladu se zájmy dítěte.*“ Dle § 858 občanského zákoníku rodičovská odpovědnost zahrnuje práva a povinnosti rodičů, které spočívají v péči o dítě, zahrnující zejména péči o jeho zdraví, jeho tělesný, citový, rozumový a

---

<sup>330</sup> Rozsudek ESLP ze dne 8. 7. 2003, *Sahin v. Německo*, stížnost č. 30943/96, sec. 66.

<sup>331</sup> Hrušáková, M. *Dítě, rodina a stát*. Masarykova univerzita: Brno, 1993, str. 19 – 24.

<sup>332</sup> Jílek, D. a kol. *Studie o právech dítěte: implementace zkušeností dobré praxe ve vzdělávání v oblasti práv dětí ve Švýcarsku do podmínek ochrany práv dětí v České republice*. Brno, Boskovice: Českobritská o.p.s., 2011, str. 59 a násl.

<sup>333</sup> Fortin, J. *Children's Rights and the Developing Law*. Cambridge University Press, 2009, str. 248. Srov. Vráblová, B. *Infanticida – právní úprava v anglickém common law a vybrané právně-etické aspekty ve světle souvisejících doporučení a směrnic. Zdravotnické právo a bioetika*. 2015, 5(1), str. 27 – 46.

<sup>334</sup> Např. ust. § 62, § 24 odst. 2, §26 odst. 2, §31 zákona č. 94/1963 Sb., o rodině.

mravní vývoj. V oblasti poskytování zdravotní péče nezletilým pacientům je tedy jednoznačně stanoveno, že rozhodování rodičů o zdravotní péči musí být činěno v zájmu dítěte. Srovnáme-li § 875 odst. 1 občanského zákoníku s § 93 odst. 2 občanského zákoníku, pak je zjevné, že první uvedené ustanovení pracuje s pojmem zájem dítěte, druhé ustanovení s přímým prospěchem dotčené osoby. Lze jen těžko říci, do jaké míry se pojmy překrývají nebo naopak vyjadřují odlišné měřítko poskytování zdravotní péče nezletilým, když navíc není jasné, co by mělo být konkrétním obsahem obou uvedených pojmů. Posouzení bude v konečném důsledku v případě sporu vždy předmětem posouzení soudu.

Do určité míry směřodátným stanoviskem může prozatím být pouze vyjádření Ústavního soudu v citovaném nálezu sp. zn. III. ÚS 459/03 ze dne 20. 8. 2004, kde Ústavní soud říká: „*V tomto ohledu dospěl Ústavní soud k závěru, že ochrana zdraví a života dítěte, a o ni vzhledem ke konkrétním okolnostem skutečně šlo (viz výše), je zcela relevantním a více než dostatečným důvodem pro zásah do rodičovských práv, kdy jde o hodnotu, jejíž ochrana je v systému základních práv a svobod jednoznačně prioritní. Jinak řečeno, obecné soudy jsou povinny zajistit spravedlivou rovnováhu mezi zájmy dítěte a zájmy jeho rodiče, zvláštní pozornost však musí být věnována zájmu dítěte, který může - v závislosti na své povaze a závažnosti - převážit nad zájmem rodiče (viz citované rozhodnutí); především nelze připustit, aby rodiče přijímali opatření škodlivá pro zdraví nebo rozvoj dítěte (viz rozhodnutí ES ze dne 7. 8. 1996 ve věci Johansen v. Norway, publ. in: Reports 1996-III).*“<sup>335</sup>

I zde Ústavní soud pojem zájem/zájmy dítěte používá, aniž by blíže vymezil, co tímto pojmem chápe. Důležitým závěrem, ke kterému ústavní soud dospěl nejen v této věci, je nicméně povinnost soudu zajišťovat rovnováhu mezi zájmy dítěte a zájmy rodičů s tím, že zvláštní pozornost se věnuje právě zájmům dítěte, které s ohledem na konkrétní okolnosti mohou převážit, a dále, že není přípustné, aby rodiče přijímali opatření, která jsou škodlivá pro zdraví dítěte.

Je otázkou, do jaké míry je citovaný nálezn Ústavního soudu aplikovatelný na klinické situace vznikající v souvislosti s péčí v závěru života, zejména na případy, kdy rodiče dítěte požadují pokračování život udržující léčbu, kterou ošetřující lékaři hodnotí jako nepřiměřenou. Případ, z něhož vzešel citovaný nálezn, byl totiž odlišný, neboť v tomto případě rodiče odmítali léčbu,

---

<sup>335</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 20. 8. 2004, sp. zn. III. ÚS 459/03.

kteřou vřak ořetřující lékaři hodnotili jako potenciálně úspěřnou. I nadále tedy zůstává neřeřena otázka, zda soud aproboval nezahájení nebo ukončení život udržující terapii, kteřou by ořetřující lékaři hodnotili jako nepřiměřenu.

Jak bylo v této práci opakovaně uvedeno, zatímco v českém právním prostředí taková rozhodnutí absentují, v zahraniční existuje konzistentní rozhodovací praxe, kdy argumentace soudů vyznívá jednoznačně v tom smyslu, že ne každé prodloužení života dítěte je v jeho nejlepší m zájmu. Rozhodnutí zdůrazňují, že je třeba zohlednit kromě délky, resp. prodloužení života, také kvalitu života nezletilého pacienta a ptát se, zda by si pacient přál žít život v takové kvalitě, kteřou lze při pokračování život udržující léčby zajistit.

Připomenout lze odůvodnění rozhodnutí ve věci Charlie Gard, kde soud vysvětluje: „*V rámci rozhodování o nejlepší m zájmu konkrétního pacienta, osoba, kteřá rozhoduje, musí na to, co je v nejlepší m zájmu, nahlížet v nejširším možném kontextu. Musí zvážít jak medicínskou stránku věci, tak aspekty sociální a psychologické. Musí zvážít, co léčba, o níž rozhoduje, s sebou nese a jaká je šance na její úspěch. Musí se pokusit vžít se do situace pacienta a zeptat se sama sebe, jak by se v této situaci být na pacientově místě rozhodla.*<sup>336</sup> (...) *Je zde jednoznačná shoda mezi všemi lékaři a odborníky, kteří byli vyslechnuti, že nukleosidová terapie je v případě Charlieho marnou léčbou. (...) Je zde jednoznačná shoda mezi těmito odborníky, že nukleosidová terapie nedokáže zvrátit poškození mozku, které Charlie v důsledku svého onemocnění utrpěl. (...) Navrhovaná experimentální léčba nemůže být v nejlepší m zájmu Charlieho, neboť nemá potenciál přínést jakýkoliv benefit. (...) Test, který je třeba aplikovat, je test nejlepšího zájmu Charlieho, nikoliv test nejlepšího zájmu medicínského výzkumu.*“<sup>337</sup>

Podobnou úvahu, ačkoliv v odlišné souvislosti, nabízí Stanovisko ČSPM k poskytování život udržující léčby dětským pacientům, které uvádí, že neúčelnou léčbou je „*léčba, kteřá nevede k uzdravení pacienta, a kteřá pacientovi nabízí jen prodloužení života v kvalitě, kteřou si pacient pro sebe důvodně nepřeje. Důvodně si pacient léčbu nepřeje, pokud je z důvodu svého nepříznivého stavu, u nějž není s ohledem na znalosti dostupné v okamžiku rozhodování možno očekávat zlepšení, pacient do budoucna zcela vyřazen z možnosti vykonávat běžné životní*

---

<sup>336</sup> *Great Ormond Street Hospital v Yates* [2017] EWHC 972 (Fam), bod 41.

<sup>337</sup> *Ibid.* Bod 12.



*aktivity či se zapojovat do běžných životních situací či je prodloužení života nevyhnutelně spojeno s trvalou zřejmě nezvladatelnou bolestí či neztišitelným dyskomfortem.*<sup>338</sup>

Stanovisko ČSPM tedy vyjadřuje myšlenku rezonující v zahraniční rozhodovací praxi, tedy že život dítěte, ačkoliv zůstává nejvyšší hodnotou, kterou je třeba chránit, je třeba nahlížet nejen s ohledem na jeho délku, ale rovněž s ohledem na jeho kvalitu. V tomto kontextu je třeba odmítnout představu, že „děti neumírají“, která tak často zaznívá mezi laickou veřejností a která vytváří prostředí tlaku na lékaře, aby zahájili život udržující léčbu nebo aby v ní pokračovali, ačkoliv takovou léčbu již nepovažují za přiměřenou. I v českém právním prostředí lze nalézt oporu pro argumentaci obdobnou argumentaci zahraničních soudů, že život prodlužující léčba nemusí být vždy nutně v nejlepším zájmu dítěte, že v případě, kdy rodiče trvají na pokračování život udržující léčby navzdory zřejmé skutečnosti, že taková léčba je pro nezletilého pacienta nepřiměřeně zatěžující, lze takovou léčbu ukončit. Nutno zdůraznit, že i pro tato rozhodnutí musí existovat právní mechanismus, který zajistí transparentní rozhodovací proces tak, jak vyžaduje mnohokrát zmiňovaný rozsudek v případě *Lambert a další v. Francie*.<sup>339</sup>

### ***Pacienti s omezenou svéprávností***

Dle § 467 občanského zákoníku je opatrovník pacienta s omezenou svéprávností povinen při plnění svých povinností naplňovat opatrovancova právní prohlášení a dbát jeho názorů, i když je opatrovanec projevil dříve, včetně přesvědčení nebo vyznání, soustavně k nim přihlížet a zařizovat opatrovancovy záležitosti v souladu s nimi. Není-li to možné, postupuje opatrovník podle zájmů opatrovance.

Jak citované ustanovení občanského zákoníku shrnuje, ve vztahu k pacientům s omezenou svéprávností se předpokládá primárně standard substitute judgment. Opatrovník je povinen rozhodovat za opatrovance způsobem, jakým by se opatrovanec rozhodoval sám, nebyl-li by omezen ve svéprávnosti. Je povinen ve svých rozhodnutích zohlednit přání opatrovance, jeho prohlášení a dbát jeho názorů. Jak uvádí veřejný ochránce práv: „*Opatrovník by mě sloužit jako vykonavatele vůle opatrovaného. Jeho samotné jednání je zákonem omezeno na případy, kdy*

---

<sup>338</sup> Stanovisko k poskytování život udržující léčby dětským pacientům, str. 3.

<sup>339</sup> Podrobněji k problematice rozhodování za nezletilé pacienty viz Vráblová, B. *Informovaný souhlas nezletilých osob a osob s omezenou svéprávností*. Diplomová práce. Praha: Právnická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 2015.

*není možné názor opatrovaného zjistit, ať už z důvodu jeho kognitivního omezení, nebo se jedná o situaci, která nesnese odkladu.*“<sup>340</sup> Teprve v okamžiku, kdy není možné rozhodovat tímto způsobem, přichází v úvahu standard (nejlepšího) zájmu opatrovance.

V kontextu navrhované legislativní změny týkající se zástupného rozhodování za zletilé pacienty, kteří s ohledem na svůj zdravotní stav nejsou způsobilí udělit souhlas nebo nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb, jejichž svéprávnost však není omezena rozhodnutím soudu, by bylo třeba vyřešit vztah mezi opatrovníkem osoby omezené ve svéprávnosti a zástupcem pacienta ve smyslu navrhovaného § 33 odst. 2 zákona o zdravotních službách. Otázkou totiž je, zda by měla za pacienta rozhodovat přednostně osoba určená pacientem nebo zda by to měl být opatrovník.

Vyřešit by bylo třeba rovněž otázku oprávnění zástupce pacienta a opatrovníka rozhodovat za pacienta o poskytování zdravotních služeb, a to především s ohledem na stávající omezení vztahující se na opatrovníka, který není oprávněn rozhodovat bez souhlasu opatrovnické rady, případně soudu o zásazích do integrity opatrovance, jedná-li se o zákroky se závažnými následky. Zástupce pacienta přitom schválením svého rozhodnutí za pacienta jinou osobou nebo soudem limitován není. Ve vztahu k opatrovníkovi jsou tak zakotvena přísnější pravidla, která na zástupce pacienta nedopadají. Pro tuto odlišnost však nelze z mého pohledu najít odůvodnění. Právní úprava zakotvená v občanském zákoníku a zákoně o zdravotních službách tak zůstává zjevně nekonzistentní a vyžadovala by důkladnou legislativní revizi.<sup>341</sup>

## **4.5 Ingerence soudu**

### *4.5.1 Stávající právní úprava*

S přijetím občanského zákoníku byl do českého právního řádu k 1. 1. 2014 zakotven požadavek ingerence soudu v procesu rozhodování o poskytování zdravotních služeb. Dle § 100 občanského zákoníku platí, že má-li být zasaženo do integrity nezletilého, který dovršil čtrnácti

---

<sup>340</sup> Veřejný ochránce práv. *Zpráva o šetření ve výkonu veřejného opatrovnictví*. Sp. zn.: 2539/2017/VOP/ZD. Č. j.: KVOP-21256/2018. 2018.

<sup>341</sup> S ohledem na limitovaný rozsah této práce se však návrhům *de lege ferenda* ve vztahu k těmto pacientům dále nevěnuji.

let, nenabyl plné svéprávnosti, a který zákroku vážně odporuje, třebaže zákonný zástupce se zákrokem souhlasí, nelze zákrok provést bez souhlasu soudu. To platí i v případě provedení zákroku na zletilé osobě, která není plně svéprávná. Dle § 101 občanského zákoníku, má-li být zasaženo do integrity člověka neschopného úsudku způsobem zanechávajícím trvalé, neodvratitelné a vážné následky nebo způsobem spojeným s vážným nebezpečím pro jeho život nebo zdraví, lze zákrok provést jen s přivolením soudu.

V následující podkapitole se zaměřím především na druhé z citovaných ustanovení, neboť právě toto ustanovení se mi jeví jako potenciálně užitečný právní nástroj pro řešení možných konfliktů vznikajících při rozhodování o nezahájení nebo ukončení život udržující léčby u pacientů, kteří nejsou způsobilí vyslovit souhlas nebo nesouhlas s takovým postupem. Právě toto ustanovení by mohlo být hmotněprávním východiskem pro procesní úpravu, kterou v rozhodnutí ve věci *Lambert a další v. Francie* vyžaduje Evropský soud pro lidská práva.

Zároveň je však třeba zdůraznit, že současné znění § 101 občanského zákoníku je značně problematické a z pohledu klinické praxe se jeví jako prakticky neaplikovatelné, a i proto zůstává poskytovateli zdravotních služeb nadále zcela nevyužito. Nabízím proto další úvahu *de lege ferenda* směřující na formulaci hmotněprávní i procesní úpravy, která by mohla naplnit požadavek vyjádřený v judikatuře Evropského soudu pro lidská práva a nabídnout efektivní právní nástroj řešení konfliktů vznikajících při rozhodování o péči v závěru života.

Historicky poté, co občanský zákoník nabyl účinnosti, proběhla mezi odbornou veřejností nejprve diskuze o tom, zda je vůbec třeba aplikovat ustanovení občanského zákoníku na oblast poskytování zdravotních služeb, a to s ohledem na pravidlo *lex specialis derogat legi generali*, když totiž danou oblast poměrně komplexně upravuje zákon o zdravotních službách a další navazující zákony (vč. zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, zákona č. 285/2002, transplantačního zákona a zákona č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství).

Předmětem diskuze byla rovněž ustanovení stanovující požadavek ingerence soudu ve smyslu § 100 a § 101 občanského zákoníku. Přes proběhlou diskuzi i nadále mezi odbornou veřejností přetrvává neshoda, zda je třeba v kontextu poskytování zdravotních služeb tato ustanovení aplikovat. Nejednotnost názorů lze ilustrovat citací relevantních pasáží komentářů k ustanovení § 101 občanského zákoníku. Holčapek a Šustek uvádí: „*Lze mít za to, že předmětné ustanovení je aplikovatelné vedle jiných zásahů do integrity též na zdravotnické zákroky. Podobná úprava*

totiž v předpisech upravujících poskytování zdravotních služeb, zejména v zákonu o zdravotních službách, absentuje (...). Je tedy na místě i na ně komentované ustanovení vztáhnout.<sup>342</sup> Lavický naopak uvádí: „V běžném životě se nicméně provádění zásahů do tělesné a duševní integrity člověka zásadně odehrává v rámci poskytování zdravotních služeb a právní režim těchto zásahů se proto řídí zvláštní úpravou v zákoně o zdravotních službách, popř. zákoně o specifických zdravotních službách, která se uplatní přednostně oproti ustanovením občanského zákoníku.“<sup>343</sup> Uvedené komentáře tedy vyjadřují protichůdný názor na nutnost aplikace zmíněného ustanovení.

V tomto ohledu se zcela ztotožňuji se stanoviskem Šustka a Holčapka a dospívám k dílčímu závěru, že uvedená ustanovení je třeba aplikovat i na oblast poskytování zdravotních služeb. Ostatně, důvodová zpráva k občanskému zákoníku uvádí, že „obdobně jak tomu je v analogické úpravě německé - vázat na souhlas soudu provedení zákroků se závažnými trvalými a nevratnými následky nebo zákroků, které provází vážné nebezpečí (jako např. amputace končetiny nebo vysoce rizikový léčebný výkon)“.<sup>344</sup> Znovu nicméně podotýkám, že závěr, že by tato ustanovení měla být aplikovaná s ohledem na interpretační pravidlo *lex specialis derogat legi generali* zůstává upozaděn stávající klinickou praxí, která ustanovení považuje pro stávající formulaci a pro absenci procesní opory za v zásadě nevyužitelná.

Budeme-li nicméně vycházet předpokladu, že § 101 občanského zákoníku je třeba zohlednit i při rozhodování o poskytování zdravotních služeb, nabízí se další otázka, a to otázka předestřená v kapitole 3, tedy zda i ukončení život udržující léčby je zásahem do integrity pacienta, k němuž by za splnění dalších podmínek vymezených tímto ustanovením měl dát přivolení soud. Na rozdíl od Šustka a Holčapka v tomto ohledu dospívám k dílčímu závěru, že i ukončení život udržující léčby je zásahem do integrity a že je třeba k takovému postupu vyžadovat přivolení soudu. I v těchto situacích je proto aplikace § 101 občanského zákoníku z mého pohledu zcela na místě.

Samostatná polemika může být nakonec vedena také v souvislosti s otázkou, zda přivolení soudu je třeba vyžadovat pro zásah do integrity pacienta i v případě, že o takovém postupu není mezi ošetřujícím lékařem a osobou oprávněnou za pacienta rozhodovat sporu. Jazykovou

---

<sup>342</sup> Občanský zákoník: komentář, str. 394

<sup>343</sup> Lavický, P. a kol. *Občanský zákoník I*. Obecná část (§ 1 – §654). Komentář. Praha: C. H. Beck, 2014, str. 579

<sup>344</sup> Důvodová zpráva k občanskému zákoníku, str. 65.

interpretací formulace § 101 občanského zákoníku lze dovodit, že přivolení soudu je třeba vyžadovat rovněž i v situacích, kdy na postupu existuje shoda. Nutno však pochybovat, zda takový závěr odpovídá záměru zákonodárce a zda lze ke stejnému závěru dospět i s ohledem na teleologickou, případně komparativní interpretaci tohoto ustanovení. Inspiračním zdrojem § 101 občanského zákoníku je totiž článek 1904 německého občanského zákoníku, který výslovně stanoví výjimku z povinnosti získat přivolení soudu v okamžiku, kdy existuje konsenzus mezi ošetřujícími lékaři a osobou oprávněnou rozhodovat za pacienta.

Jak jsem již zmínila, s ohledem na mnohé interpretační a aplikační nejasnosti existující v souvislosti s § 101 občanského zákoníku, zůstává toto ustanovení v klinické praxi až na výjimečné případy zcela nevyužito. Tato skutečnost vyplývá mimo jiné z informací získaných od obvodních soudů České republiky, a to na základě žádosti o informace ve smyslu zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, v platném znění. K 31. 5. 2019 byla vedena patrně pouze čtyři řízení ve věci přivolení soudu do integrity pacienta. Lze tedy bez nadsázky říci, že § 101 občanského zákoníku zůstává zcela mimo pozornost poskytovatelů zdravotních služeb. Tento důsledek je zcela pochopitelný. Nutno podotknout, že stávající znění, při absenci procesní úpravy řízení dle § 101 občanského zákoníku v zákoně o zvláštních řízeních soudních, je skutečně pro klinickou praxi reálně neaplikovatelné.

Jeví se mi proto jako zcela zásadní, aby stávající právní úprava byla změněna a doplněna tak, aby poskytovatelům zdravotních služeb a osobám podílejícím se na rozhodování o poskytování péče v závěru života nabízela efektivní procesní nástroj, jak řešit případné konflikty, které v klinické praxi v tomto kontextu mohou vznikat.

Před tím, než přistoupím k úvahám *de lege ferenda*, je pro úplnost třeba vedle právní úpravy zakotvené v § 100 a § 101 občanského zákoníku zmínit existující právní mechanismus k řešení situací, v nichž se mohou octnout děti ve smyslu § 6 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, v platném znění (dále jen „zákon o sociálně-právní ochraně dětí“).

Dle § 6 zákona o sociálně-právní ochraně dětí se sociálně-právní ochrana zaměřuje mimo jiné na děti, jejichž rodiče neplní povinnosti plynoucí z rodičovské odpovědnosti nebo nevykonávají nebo zneužívají práva plynoucí z rodičovské odpovědnosti. Dle § 10 odst. 4 zákona o sociálně-právní ochraně dětí mají poskytovatelé zdravotních služeb povinnost oznámit obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností skutečnosti, které nasvědčují tomu, že jde o děti uvedené v § 6

zákona o sociálně-právní ochraně dětí, a to bez zbytečného odkladu poté, kdy se o takové skutečnosti dozví. Dle § 16 zákona o sociálně-právní ochraně dětí platí, že ocitne-li se dítě ve stavu nedostatku řádné péče anebo je-li jeho důležitý zájem vážně ohrožen nebo narušen, je obecní úřad obce s rozšířenou působností povinen podat neprodleně návrh soudu na vydání předběžného opatření ve smyslu § 924 občanského zákoníku.

Tento mechanismus může poskytovatel zdravotních služeb využít v situacích, jako byla situace řešená před Ústavním soudem ve věci sp. zn. III. ÚS 459/03, tedy v situaci, kdy je navrhována potenciálně úspěšná léčba, kterou však rodiče nezletilého pacienta odmítají. Poskytovatel zdravotních služeb rozhodnutí rodičů posuzuje jako jednání rozporné s nejlepším zájmem nezletilého pacienta, jako neplnění povinnosti plynoucí z rodičovské odpovědnosti ve smyslu § 6 zákona o sociálně-právní ochraně dětí, proto bez odkladu informuje obecní úřad obce s rozšířenou působností, který je povinen, je-li vážně ohrožen život dítěte nebo jiný jeho důležitý zájem, podat návrh soudu na vydání předběžného opatření.

Vedle naznačené situace, ve které již mechanismus sociálně-právní ochrany dětí byl využit, lze však uvažovat i o situaci opačné, kdy rodič trvá na pokračování život udržující léčby, kterou lékaři hodnotí jako nepřiměřenou. Zůstává otázkou, zda by bylo možné mechanismus sociálně-právní ochrany dětí využít i za těchto okolností. Lze si představit situaci, kdy bude pokračování život udržující léčby nezletilého pacienta lékaři vnímáno jako zneužití rodičovské odpovědnosti, jako jednání rodiče, kterým je ohrožen nebo narušen zájem dítěte na důstojném umírání. Za těchto okolností by pak dle mého názoru, alespoň v teorii, přicházelo využití tohoto mechanismu v úvahu. Významnou však z mého pohledu zůstává otázka, do jaké míry se má na rozhodování o poskytování péče v závěru života podílet orgán sociálně-právní ochrany dětí, resp. zda vůbec je žádoucí, aby se na řešení takových situací podílel.

Zároveň považuji za důležité podotknout, že ve světle rozhodnutí ve věci *Lambert a další v. Francie* přetrvává stav absence efektivního procesního mechanismu pro řešení situací, kdy by nepokračování život udržující léčby rozporovaly rodiče, nikoliv poskytovatel zdravotních služeb. Jinými slovy, i pokud připustíme, že existuje efektivní mechanismus řešení konfliktu vznikajícího v souvislosti s pokračováním, resp. nepokračováním život udržující léčby nezletilého pacienta, který může být zahájen z podnětu poskytovatele zdravotních služeb, i nadále absentuje efektivní mechanismus, který by mohli zahájit rodiče nezletilého pacienta.

S ohledem na uvedené se mi tedy i v tomto kontextu stávající právní úprava jeví jako nedostatečná a vyžadující změnu.

#### 4.5.2 Úvahy *de lege ferenda*

V odborné diskuzi ke změně ustanovení zakotvujících požadavek ingerence soudu byly doposud představeny dva základní návrhy týkající se § 101 občanského zákoníku. Dle prvního návrhu by § 101 občanského zákoníku byl zrušen bez náhrady. Dle druhého návrhu by novelizované znění § 101 mělo být následující:

„§101

*Má-li být zasazeno do integrity člověka neschopného úsudku způsobem zanechávajícím trvalé, neodvratitelné a vážné následky nebo způsobem spojeným s vážným nebezpečím pro jeho život nebo zdraví a na dalším postupu není mezi opatrovníkem, resp. zákonným zástupcem pacienta a poskytovatelem zdravotních služeb shoda, lze zákrok učinit jen s přivolením soudu. Stejně se postupuje i v případě, spočívá-li zásah do integrity v upuštění od život prodlužující či život udržující léčby, a to i ukončením kontinuální přístrojové podpory životních funkcí. Tím není dotčeno ustanovení § 98 odst. 2 a § 99.*<sup>345</sup>

Krejčíková vysvětluje, že druhý návrh se jeví jako vhodnější s ohledem na žádoucí přenesení odpovědnosti za rozhodnutí o pokračování život udržující léčby na nestrannou autoritu, aby v případě konfliktu mezi osobami oprávněnými za pacienta rozhodovat a poskytovatelem zdravotních služeb mohla nezaujatě rozhodnout s ohledem na nejlepší zájem pacienta. Zdůrazňuje, že z druhého návrhu rovněž explicitně vyplývá, že přivolení soudu se nevyžaduje v případech, kdy je na dalším postupu shoda mezi osobou oprávněnou rozhodovat za pacienta a poskytovatelem zdravotních služeb, a že návrh explicitně hovoří také o ukončení kontinuální přístrojové podpory životních funkcí, aby bylo zcela jednoznačné, že § 101 občanského zákoníku má být aplikován i na taková rozhodnutí. Nakonec připomíná také nutnost doplnění stávajícího znění § 101 občanského zákoníku o odkaz na § 98 odst. 2 občanského zákoníku,

---

<sup>345</sup>Krejčíková, H. Využití § 101 občanského zákoníku v praxi, návrhy legislativního řešení. Zpráva k rukám výboru Sekce dětské paliativní péče ČSPM ČLS JEP, 2019, str. 4 – 5.



který stanoví, že při zákroku i při udělení souhlasu se má vzít zřetel na dříve vyslovená známá přání člověka, do jehož integrity má být zasaženo.<sup>346</sup>

Uvedený návrh dle mého názoru velmi příhodně řeší dva zásadní problematické aspekty stávajícího znění § 101 občanského zákoníku. Explicitně vylučuje nutnost aplikace v případech, kdy je na ukončení života udržující léčby mezi osobou oprávněnou za pacienta rozhodovat a poskytovatelem zdravotních služeb shoda, a explicitně stanoví, že rozhodování o ukončení život udržující léčby může zahrnovat rovněž rozhodování o ukončení kontinuální přístrojové podpory životních funkcí. Zcela jednoznačně tedy říká, že i ukončení kontinuální přístrojové podpory je možným postupem v rámci poskytování péče závěru života, jinými slovy, vyjadřuje jednoznačný závěr k diskuzi o nezahájení a ukončení kontinuální přístrojové podpory životních funkcí v tom smyslu, že stanoví, že takový postup je třeba považovat za postup po právu, nikoliv za protiprávní „aktivní způsobení smrti“.

Na druhou stranu, přes jednoznačná pozitiva uvedený návrh ponechává stranou mnoho dalších problematických aspektů a v širším kontextu rozhodování o ukončování život udržující léčby se jeví jako nedostatečný. Domnívám se, že pokud má být navržen efektivní procesní postup řešení konfliktů vznikajících při poskytování péče v závěru života, je třeba provést změnu mnohem komplexněji a především, kromě změny stávající hmotněprávní úpravy, zakotvit úpravu procesní. Taková změna by v prvním kroku měla vyřešit otázku vztahu mezi občanským zákoníkem a zákonem o zdravotních službách. V druhém kroku by mělo vymezit hmotněprávní východisko možného procesního mechanismu, a to ve vztahu ke všem kategoriím pacientů, tzn. ve vztahu k pacientům, kteří s ohledem na svůj zdravotní stav nejsou schopni udělit souhlas nebo nesouhlas a jejichž svéprávnost není omezena rozhodnutím soudu, k pacientům nezletilým a pacientům s omezenou svéprávností. Ve třetím kroku by měla stanovit konkrétní procesní postup, tj. upravit konkrétní pravidla zvláštního soudního řízení, v rámci něhož by se o konfliktech vznikajících při poskytování péče v závěru života mělo rozhodovat.

V prvním kroku se mi jako zásadní jeví úprava občanského zákoníku tak, aby otázka rozhodování o poskytování zdravotních služeb byla konzistentně řešena jedním právním předpisem, a to zákonem o zdravotních službách. Navrhuji proto následující změny.

---

<sup>346</sup> Ibid.

### 1. Stávající znění § 52 občanského zákoníku

*Zastoupení se vztahuje na obvyklé záležitosti, jak to odpovídá životním poměrům zastoupeného. Zástupce však není oprávněn udělit souhlas k zásahu do duševní nebo tělesné integrity člověka s trvalými následky.*

### Navrhované znění § 52 občanského zákoníku

*Zastoupení se vztahuje na obvyklé záležitosti, jak to odpovídá životním poměrům zastoupeného.*

### 2. Stávající znění § 93 odst. 2 občanského zákoníku

*Zákonný zástupce může udělit souhlas k zásahu do integrity zastoupeného, je-li to k přímému prospěchu osoby, která není schopna dát souhlas sama.*

### Navrhované znění § 93 odst. 2 občanského zákoníku.

§ 93 odst. 2 se ruší.

### 3. Stávající znění § 98 občanského zákoníku

*(1) Nemůže-li člověk udělit souhlas pro neschopnost projevit vůli, byť jen přechodnou, a nemá-li zákonného zástupce, vyžaduje se souhlas přítomného manžela, rodiče, nebo jiné osoby blízké. Není-li přítomna žádná z těchto osob, vyžaduje se souhlas manžela, a není-li, souhlas rodiče, popřípadě jiné osoby blízké, pokud je lze bez obtíží zjistit a zastihnout a pokud je zřejmé, že nehrozí nebezpečí z prodlení. Není-li možné získat souhlas žádným z výše uvedených způsobů, může souhlas udělit jiná přítomná osoba, která o dotčenou osobu osvědčí mimořádný zájem.*

*(2) Při zákroku i při udělení souhlasu se vezme zřetel na dříve vyslovená známá přání člověka, do jehož integrity má být zasazeno.*

### Navrhované znění § 98 občanského zákoníku

§ 98 se ruší.

#### 4. Stávající znění § 101, § 102 a § 103 občanského zákoníku

##### § 101

*Má-li být zasazeno do integrity člověka neschopného úsudku způsobem zanechávajícím trvalé, neodvratitelné a vážné následky nebo způsobem spojeným s vážným nebezpečím pro jeho život nebo zdraví, lze zákrok provést jen s přivolením soudu. Tím není dotčeno ustanovení § 99.*

##### § 102

*Soud přivolí k zákroku podle § 100 nebo 101, je-li dotčené osobě podle rozumného uvážení k prospěchu, po jejím zhlédnutí a s plným uznáváním její osobnosti.*

##### §103

*Bylo-li zasazeno do integrity člověka, který byl ve stavu, kdy nemohl posoudit, co se s ním děje, a nedal-li sám k zákroku souhlas, musí mu být, jakmile to jeho stav dovolí, vysvětleno způsobem, kterému bude schopen porozumět, jaký zákrok byl na něm proveden, a musí být poučen o jeho možných následcích i o riziku neprovedení zákroku.*

Navrhované znění § 101, § 102 a § 103 občanského zákoníku

§101 se ruší.

§102 se ruší.

§103 se ruší.

#### 5. Stávající znění § 480 občanského zákoníku

*(1) Bez souhlasu opatrovnické rady nesmí opatrovník rozhodnout o*

*a) změně bydliště opatrovance,*

*b) umístění opatrovance do uzavřeného ústavu nebo podobného zařízení v případě, kdy to zdravotní stav opatrovance zjevně nevyžaduje, nebo*

*c) zásazích do integrity opatrovance, nejedná-li se o zákroky bez závažných následků.*

Navrhované znění § 480 občanského zákoníku

*(1) Bez souhlasu opatrovnické rady nesmí opatrovník rozhodnout o*

*a) změně bydliště opatrovance,*

*b) umístění opatrovance do uzavřeného ústavu nebo podobného zařízení v případě, kdy to zdravotní stav opatrovance zjevně nevyžaduje.*

V druhém kroku považuji za zásadní úpravu zákona o zdravotních službách tak, aby byl zakotven standard zástupného rozhodování a aby byla zakotvena hmotněprávní východiska procesní úpravy řešení konfliktů vznikajících při poskytování zdravotních služeb.

## 1. Stávající znění § 33 a 34 zákona o zdravotních službách

### § 33

*(1) Pacient může při přijetí do péče určit osoby, které mohou být informovány o jeho zdravotním stavu, a současně může určit, zda tyto osoby mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace o něm vedené nebo do jiných zápisů vztahujících se k jeho zdravotnímu stavu, pořizovat si výpisy nebo kopie těchto dokumentů a zda mohou v případech podle § 34 odst. 7 vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb. (...)*

### § 34

*(7) Jestliže pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb, a nejde-li o zdravotní služby, které lze poskytnout bez souhlasu, vyžaduje se souhlas osoby určené pacientem podle § 33 odst. 1, není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, manžela nebo registrovaného partnera, není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, vyžaduje se souhlas rodiče, není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, vyžaduje se souhlas jiné svéprávné osoby blízké, pokud je známa.*

## Navrhované znění § 33 a § 34 zákona o zdravotních službách

### § 33

- (1) *Pacient může při přijetí do péče určit osoby, které mohou být informovány o jeho zdravotním stavu, a současně může určit, zda tyto osoby mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace o něm vedené nebo do jiných zápisů vztahujících se k jeho zdravotnímu stavu, pořizovat si výpisy nebo kopie těchto dokumentů.*
- (2) *Pacient může pro případ, kdy by se dostal do stavu, kdy s ohledem na svůj zdravotní stav nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb, nebo souhlas s poskytováním zdravotních služeb odvolat, určit osobu oprávněnou za něj udělit souhlas nebo nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb nebo souhlas s poskytováním zdravotních služeb odvolat (dále jen „zástupce pacienta“).*
- (3) *Pro určení zástupce pacienta dle odst. 2 se vyžaduje forma dle § 36 odst. 3 nebo 4 tohoto zákona.*
- (4) *Zástupce pacienta je povinen rozhodovat za pacienta tak, aby rozhodnutím byla v co největší možné míře respektována vůle pacienta. Zástupce pacienta je povinen zohlednit zejména jakákoliv ústní nebo písemná prohlášení pacienta týkající se poskytování zdravotních služeb, přání pacienta, ať už byla vyjádřena v jakékoliv formě, morální nebo náboženská přesvědčení pacienta a jeho životní hodnoty. Zástupce pacienta nesmí svá přání zaměňovat za přání pacienta.*
- (5) *Souhlas, nesouhlas nebo odvolání souhlasu s poskytováním zdravotních služeb vyjádřené zástupcem pacienta jsou pro poskytovatele zdravotních služeb závazné.*
- (6) *Pokud má poskytovatel zdravotních služeb důvodné pochybnosti o tom, že souhlas, nesouhlas nebo odvolání souhlasu s poskytováním zdravotních služeb je v souladu s odst. 4, je povinen informovat soud.<sup>347</sup> Informování soudu dle tohoto ustanovení se nepovažuje za porušení povinné mlčenlivosti.<sup>348</sup>*
- (7) *Jestliže pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb, a nejde-li o zdravotní služby, které lze poskytnout bez souhlasu,*

---

<sup>347</sup> Na tomto místě by měl být v navrhovaném znění obsažen odkaz na relevantní procesní ustanovení obsažená v zákoně č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, v platném znění.

<sup>348</sup> Ve smyslu § 51 odst. 2 písm. c) zákona o zdravotních službách.

*a neurčil-li si svého zástupce dle odst. 2 a 3, vyžaduje se rozhodnutí manžela nebo registrovaného partnera, není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, vyžaduje se rozhodnutí rodiče, není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, vyžaduje se rozhodnutí jiné svéprávné osoby blízké, pokud je známa. Tyto osoby jsou oprávněné udělit souhlas nebo nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb nebo souhlas s poskytováním zdravotních služeb odvolat.*

*(8) Odst. 4, odst. 5 a odst. 6 platí ve vztahu k osobám určeným dle odst. 7 obdobně.*

§ 34 odst. 7 se ruší.

## 2. Stávající znění § 35 zákona o zdravotních službách

### § 35

*(1) Při poskytování zdravotních služeb nezletilému pacientovi je třeba zjistit jeho názor na poskytnutí zamýšlených zdravotních služeb, jestliže je to přiměřené rozumové a volní vyspělosti jeho věku. Tento názor musí být zohledněn jako faktor, jehož závažnost narůstá úměrně s věkem a stupněm rozumové a volní vyspělosti nezletilého pacienta. Pro vyslovení souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb nezletilému pacientovi se použijí právní předpisy upravující svéprávnost fyzických osob s tím, že nezletilému pacientovi lze zamýšlené zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. Tím není dotčena možnost poskytování zdravotních služeb bez souhlasu.*

*(...)*

*(3) Jde-li o zdravotní služby, které spočívají v poskytnutí*

*a) neodkladné péče, která není péčí podle § 38 odst. 4, nebo*

*b) akutní péče, a*

*souhlas zákonného zástupce nelze získat bez zbytečného odkladu, rozhodne o jejich poskytnutí ošetřující zdravotnický pracovník. To neplatí, lze-li zdravotní služby poskytnout podle odstavce 1 na základě souhlasu nezletilého pacienta.*

*(4) Jde-li o pacienta s omezenou svéprávností, odstavce 1 až 3 se použijí obdobně s tím, že věk pacienta se nezohledňuje.*

Navrhované znění § 35 zákona o zdravotních službách

## § 35

*(1) Při poskytování zdravotních služeb nezletilému pacientovi je třeba zjistit jeho názor na poskytnutí zamýšlených zdravotních služeb, jestliže je to přiměřené rozumové a volní vyspělosti jeho věku. Tento názor musí být zohledněn jako faktor, jehož závažnost narůstá úměrně s věkem a stupněm rozumové a volní vyspělosti nezletilého pacienta. Pro vyslovení souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb nezletilému pacientovi se použijí právní předpisy upravující svéprávnost fyzických osob s tím, že nezletilému pacientovi lze zamýšlené zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. Tím není dotčena možnost poskytování zdravotních služeb bez souhlasu.*

*(2) Zákonný zástupce je povinen udělit za nezletilého pacienta souhlas, nesouhlas nebo odvolat s poskytováním zdravotních služeb jen, je-li to v nejlepším zájmu nezletilého pacienta.*

*(3) Pokud má poskytovatel zdravotních služeb důvodné pochybnosti o tom, že souhlas, nesouhlas nebo odvolání souhlasu s poskytováním zdravotních služeb nezletilému pacientovi je v souladu s odst. 2, je povinen informovat soud.<sup>349</sup> Informování soudu dle tohoto ustanovení se nepovažuje za porušení povinné mlčenlivosti.<sup>350</sup>*

*(4) Při poskytování zdravotních služeb pacientovi s omezenou svéprávností je třeba zjistit jeho názor na poskytnutí zamýšlených zdravotních služeb, jestliže je to přiměřené rozumové a volní vyspělosti. Tento názor musí být zohledněn jako faktor, jehož závažnost narůstá úměrně se stupněm rozumové a volní vyspělosti pacienta s omezenou svéprávností. Pro vyslovení souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb pacientovi se použijí právní předpisy upravující svéprávnost fyzických osob s tím, že pacientovi s omezenou svéprávností lze*

---

<sup>349</sup> Na tomto místě by měl být v navrhovaném znění obsažen odkaz na relevantní procesní ustanovení obsažená v zákoně č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, v platném znění.

<sup>350</sup> Ve smyslu § 51 odst. 2 písm. c) zákona o zdravotních službách.



*zamýšlené zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti. Tím není dotčena možnost poskytování zdravotních služeb bez souhlasu.*

*(5) Opatrovník je povinen při udělení souhlasu, nesouhlasu nebo odvolání souhlasu s poskytováním zdravotních služeb v co největší možné míře respektovat vůli pacienta. Opatrovník pacienta s omezenou svéprávností je povinen zohlednit zejména jakákoliv ústní nebo písemná prohlášení pacienta týkající se poskytování zdravotních služeb, přání pacienta, ať už byla vyjádřena v jakékoliv formě, morální nebo náboženská přesvědčení pacienta a jeho životní hodnoty. Zástupce pacienta nesmí svá přání zaměňovat za přání pacienta.*

*(6) Pokud má poskytovatel zdravotních služeb důvodné pochybnosti o tom, že souhlas, nesouhlas nebo odvolání souhlasu s poskytováním zdravotních služeb pacientovi s omezenou svéprávností je v rozporu s odst. 2, je povinen informovat soud.<sup>351</sup> Informování soudu dle tohoto ustanovení se nepovažuje za porušení povinné mlčenlivosti.<sup>352</sup>*

*(7) Jde-li o zdravotní služby, které spočívají v poskytnutí*

*a) neodkladné péče, která není péčí podle § 38 odst. 4, nebo*

*b) akutní péče, a*

*souhlas zákonného zástupce nelze získat bez zbytečného odkladu, rozhodne o jejich poskytnutí ošetřující zdravotnický pracovník. To neplatí, lze-li zdravotní služby poskytnout podle odstavce 1 na základě souhlasu nezletilého pacienta.*

Navrhované znění § 35a zákona o zdravotních službách

### §35a

*(1) V případě, kdy se rozhoduje o léčebném postupu u nevléčitelně nemocného pacienta a kdy existuje rozpor mezi názorem poskytovatele zdravotních služeb a zástupcem pacienta na způsobu poskytování zdravotních služeb tomuto pacientovi, který nelze vyřešit ani postupem*

---

<sup>351</sup> Na tomto místě by měl být v navrhovaném znění obsažen odkaz na relevantní procesní ustanovení obsažená v zákoně č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, v platném znění.

<sup>352</sup> Ve smyslu § 51 odst. 2 písm. c) zákona o zdravotních službách.

*dle odst. 2, vyžaduje se rozhodnutí soudu.<sup>353</sup> Tímto způsobem se postupuje i v případě, kdy má být ukončena život udržující léčba nevléčitelně nemocného pacienta, včetně kontinuální přístrojové podpory životních funkcí.*

- (2) Poskytovatel zdravotních služeb je povinen vyvinout maximální úsilí, aby rozpor dle odst. 1 byl odstraněn mimosoudně, zejména je povinen informovat zástupce pacienta o právu pacienta vyžádat si konzultační služby od jiného poskytovatele zdravotních služeb, popřípadě jiného zdravotnického pracovníka, než který pacientovi poskytuje zdravotní služby, informovat zástupce pacienta o možnosti využití etického poradenství, popřípadě mediace<sup>354</sup> a této možnosti se souhlasem zástupce pacienta využít.*
- (3) Návrh na vydání rozhodnutí dle odst. 1 je oprávněn podat poskytovatel zdravotních služeb a zástupce pacienta. Podání návrhu na vydání rozhodnutí dle odst. 1 se nepovažuje za porušení povinné mlčenlivosti.<sup>355</sup>*
- (4) Odst. 1, 2 a 3 se použijí při rozhodování o léčebném postupu u nevléčitelně nemocného nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností, kdy existuje rozpor mezi názorem poskytovatele zdravotních služeb a zákonného zástupce nezletilého pacienta, resp. opatrovníka pacienta s omezenou svéprávností obdobně.*
- (5) Život udržující léčbu nevléčitelně nemocného pacienta nelze ukončit do doby vydání rozhodnutí soudu dle odst. 1.*

Ve třetím kroku považuji za zcela zásadní zakotvení právní úpravy v zákoně o zvláštních řízeních soudních tak, aby hmotněprávní úprava našla odpovídající procesní oporu. Zcela legitimně v odborné diskuzi zaznívá výtky, že i vhodně formulovaná hmotněprávní úprava se stává nevyužitelnou, neexistuje-li navazující procesní úprava, která by nabídla efektivní nástroj řešení konfliktních situací s jasně stanoveným časovým rámcem.

---

<sup>353</sup> Na tomto místě by měl být v navrhovaném znění obsažen odkaz na relevantní procesní ustanovení obsažená v zákoně č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, v platném znění.

<sup>354</sup> Dle zákona č. 202/2012 Sb., o mediaci, v platném znění.

<sup>355</sup> Ve smyslu § 51 odst. 2 písm. c) zákona o zdravotních službách.

V kontextu volby vhodného procesního postupu je z mého pohledu s ohledem na navrhované změny zákona o zdravotních službách třeba zvážit zejména otázku, zda rozlišit řízení navazující na navrhované znění § 33 odst. 6, § 35 odst. 3 a odst. 6 zákona o zdravotních službách a na navrhované znění § 35a odst. 1 zákona o zdravotních službách. Přikláním se spíše k názoru, že by mohla postačit právní úprava jednoho řízení, v rámci něhož by soud rozhodoval o konfliktech vznikajících při poskytování zdravotních služeb.

Zároveň je třeba zvážit, zda by bylo možné ve vztahu k nezletilým pacientům využít stávající procesní úpravu zakotvenou v § 452 a násl. zákona o zvláštních řízeních soudních, tj. v oddílu péče soudu o nezletilé a ve vztahu k pacientům s omezenou svéprávností využít stávající procesní úpravu zakotvenou v § 44 a násl. zákona o zvláštních řízeních soudních, tj. v oddílu řízení ve věcech opatrovnictví člověka. V zákoně o zvláštních řízeních soudních by pak existovala samostatná řízení, kdy ve stávajícím řízení upraveném v oddílu péče soudu o nezletilé a oddílu řízení ve věcech opatrovnictví člověka by byly řešeny sporné situace ve vztahu k nezletilým pacientům a pacientům s omezenou svéprávností v návaznosti na navrhované znění § 35 odst. 3 a odst. 6 a § 35a zákona o zdravotních službách, a v odlišném řízení by byly řešeny sporné situace ve vztahu ke zbývajícím kategoriím pacientů. I v tomto případě se přikláním k variantě, aby byla zakotvena jednotná procesní úprava pro všechny tři kategorie pacientů s tím, že řízení podle těchto ustanovení by pak mohlo představovat samostatnou specifickou agendu řešenou určenými soudci okresních, resp. obvodních soudů.

Nakonec je třeba zvážit také otázku, zda řízení navazující na navrhované znění § 33 odst. 6, § 35 odst. 3 a odst. 6 a § 35a zákona o zdravotních službách bylo mělo být řízením sporným nebo nesporným. S ohledem na odlišnou funkci těchto druhů řízení se přikláním k variantě druhé, tj. aby řízení bylo postaveno jako řízení nesporné, a naplňovalo tak především preventivní, nikoliv reparační funkci. Vycházím přitom z předpokladu, že řízení, v rámci nichž má být rozhodováno o zdravotních službách, nemají být primárně postavena tak, že proti sobě jako žalobce a žalovaný stojí poskytovatel zdravotních služeb a zástupce pacienta, resp. zákonný zástupce nebo opatrovník, ale spíše tak, že účastníci řízení, tj. poskytovatel zdravotních služeb a zástupce pacienta, resp. zákonný zástupce nebo opatrovník, hledají společné řešení, které bude s ohledem na stanovená kritéria nejlepší pro pacienta.

V souladu s uvedenými závěry navrhuji následující změnu, resp. doplnění zákona o zvláštních řízeních soudních.

**1. Stávající znění § 2 zákona o zvláštních řízeních soudních**

*§ 2 Řízení upravená tímto zákonem*

*Tento zákon upravuje řízení*

*(...)*

*c) o přivolení k zásahu do integrity,*

*(...)*

**Navrhované znění § 2 zákona o zvláštních řízeních soudních**

*§ 2 Řízení upravená tímto zákonem*

*Tento zákon upravuje řízení*

*(...)*

*c) ve věcech poskytování zdravotních služeb,*

*(...)*

**2. Stávající znění § 65 zákona o zvláštních řízeních soudních**

*§ 65*

*Pro řízení je příslušný obecný soud toho, do jehož integrity má být zasazeno.*

**Navrhované znění § 65 zákona o zvláštních řízeních soudních**

*§ 65*

*Místní příslušnost*

*(1) Pro řízení je příslušný obecný soud pacienta, jemuž jsou poskytovány zdravotní služby. Je-li pacient hospitalizován ve zdravotnickém zařízení poskytovatele lůžkové péče, je pro řízení příslušný soud, v jehož obvodu je toto zdravotnické zařízení.*

### *Účastníci*

*(2) Účastníkem řízení je také poskytovatel zdravotních služeb, zástupce pacienta dle § 33 odst. 2 zákona o zdravotních službách, zákonný zástupce nezletilého pacienta a opatrovník pacienta s omezenou svéprávností.*

### *Zastoupení*

*(3) Je-li to třeba k ochraně zájmů pacienta, jmenuje mu soud opatrovníka pro řízení z řad advokátů.*

*(4) Je-li to třeba k ochraně zájmů nezletilého pacienta, jmenuje mu soud opatrovníka. Opatrovníkem jmenuje orgán sociálně-právní ochrany dětí.*

### *Průběh řízení*

*(5) Předběžné opatření může soud vydat i bez návrhu. O návrhu na vydání předběžného opatření rozhodne soud bezodkladně, nejpozději do 24 hodin.*

*(6) Soud vede účastníky k nalezení smírného řešení. Za tím účelem je informuje o možnosti využití etického poradenství nebo mediace.*

*(7) Je-li třeba zjistit zdravotní stav pacienta nebo možnosti léčebného postupu, jmenuje soud znalce. Znalcem nemůže být jmenován lékař, který je zaměstnancem poskytovatele zdravotních služeb, v jehož péči je pacient. Soud vždy provede také důkaz zdravotnickou dokumentací a vyjádřením ošetřujícího lékaře pacienta.*

*(8) Není-li stanoveno jinak, soud nařídí jednání. Při jednání soud vyslechne pacienta, je-li to s ohledem na jeho zdravotní stav možné, jeho opatrovníka, byl-li jmenován, znalece, ošetřujícího lékaře, zástupce pacienta, zákonného zástupce, je-li účastníkem řízení, a opatrovníka, je-li účastníkem řízení, a provede další vhodné důkazy.*

### *Rozhodnutí*

*(9) O návrhu rozhodne soud bezodkladně, nejpozději do 7 dnů od jeho podání.*

*(10) Shledá-li soud v rozhodnutí zástupce pacienta porušení § 33 odst. 4 zákona o zdravotních službách, nahradí jej svým souhlasem, nesouhlasem nebo odvoláním*

*souhlasu s poskytováním zdravotních služeb. Obdobně postupuje v případě, kdy v rozhodnutí zákonného zástupce shledá porušení § 35 odst. 2 zákona o zdravotních službách, nebo v rozhodnutí opatrovníka porušení § 35 odst. 5 zákona o zdravotních službách.*

*(11) V rozhodnutí dle § 35a zákona o zdravotních službách vymezí soud způsob poskytování zdravotních služeb nevléčitelně nemocnému pacientovi. Probíhající řízení nebo rozhodnutí soudu podle tohoto dílu nebrání tomu, aby poskytovatel zdravotních služeb a zástupce pacienta, zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo opatrovník pacienta s omezenou svéprávností rozpor v názoru na způsob poskytování zdravotních služeb nevléčitelně nemocnému pacientovi dle § 35a zákona o zdravotních službách odstranili mimosoudně.*

#### *Doručování*

*(12) Rozhodnutí dle odst. 10 a odst. 11 se do 24 hodin od vydání doručí pacientovi, jeho opatrovníkovi, byl-li jmenován, zástupci pacienta, zákonnému zástupci nezletilého pacienta, je-li účastníkem řízení, opatrovníkovi pacienta s omezenou svéprávností, je-li účastníkem řízení, a poskytovateli zdravotních služeb.*

#### *Odvolání*

*(13) Rozhodnutí v řízení dle § 33 a 35 zákona o zdravotních službách má odkladný účinek. Soud prvního stupně je povinen předložit spis odvolacímu soudu bez zbytečného odkladu poté, co mu bylo odvolání doručeno. O podaném odvolání rozhodne odvolací soud nejdéle do 1 měsíce od předložení spisu.*

*(14) Rozhodnutí v řízení dle § 35a zákona o zdravotních službách nemá odkladný účinek. V ostatním jsou soudy povinny postupovat dle odst. 12 obdobně.*

## **4.6 Shrnutí**

V této kapitole jsem se věnovala několika aspektům rozhodování o nezahájení nebo ukončení život udržující léčby. Upozornila jsem na některá problematická místa stávající právní úpravy a v reakci navrhla možné legislativní změny.

Zásadní problematikou, kterou je třeba podle mého názoru v tomto kontextu primárně řešit, je problematika zástupného rozhodování. Klinická praxe zcela patrně postrádá jasná právní pravidla pro řešení situací, v nichž za pacienta rozhodují osoby určené pacientem ve smyslu § 33 odst. 1 ve spojení s § 34 odst. 7 zákona o zdravotních službách, a to zejména v situacích, kdy zástupce pacienta žádá o poskytnutí léčby, kterou lékař hodnotí jako nepřiměřenou, nebo naopak v situacích, kdy zástupce pacienta odmítá poskytnutí léčby, kterou lékař hodnotí jako potenciálně život zachraňující.

Na tuto problematiku jsem se proto zaměřila přednostně a své úvahy *de lege ferenda* směřovala právě na ni. S odkazem na rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ve věci *Lambert a další v. Francie* jsem se pokusila navrhnout takovou úpravu, která by stanovila nejen hmotněprávní, ale rovněž procesní pravidla pro rozhodování o nezahájení nebo ukončení život udržující léčby. Právě absence efektivního procesního mechanismu a právní úpravy tohoto procesního mechanismu je z mého pohledu nejvýznamnějším nedostatkem stávající právní úpravy.



## 5 Dříve vyslovená přání

### 5.1 Úvod

Jakkoli může mít institut dříve vysloveného přání význam v jakémkoli oboru medicíny, pro oblast poskytování paliativní péče, resp. pro okamžik přechodu od léčby kurativní k péči paliativní, je nástrojem významu naprosto stěžejního.

Přestože institut dříve vysloveného přání byl do českého právního řádu zakotven již v roce 2001, tj. před téměř dvaceti lety, nelze jej ani v současné době považovat za institut dobře etablovaný a v praxi skutečně užívaný. Příčiny současného stavu jsou různé. Kromě přetrvávající neinformovanosti jak odborné, tak laické veřejnosti zůstává významnou příčinou obava poskytovatelů zdravotních služeb a jednotlivých zdravotnických pracovníků z trestněprávního postihu hrozícího v případě, kdy je zpochybněna platnost dříve vysloveného přání, dle kterého zdravotnický pracovník neposkytl pacientem odmítnutou život zachraňující léčbu. Ačkoliv lze této obavě rozumět, neboť je zřejmé, že současná právní úprava dříve vysloveného přání je daleka dokonalosti, je třeba zdůrazňovat, že i za stávající právní úpravy lze sporným situacím souvisejícím s aplikací dříve vysloveného přání účinně předcházet.

Apriorní nedůvěra zdravotnických pracovníků v dříve vyslovená přání a rozhodnutí osob rozhodujících za pacienta v souladu s těmito dříve vyslovenými přáními ve výsledku vede pouze k nežádoucí intenzitě poskytované péče na konci života pacienta a k podryvání důvěry ve vztahu mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem, resp. mezi zdravotnickým pracovníkem a osobou rozhodující za pacienta.

Vede-li tato skepse např. k resuscitaci pacienta v terminálním stavu nebo k jeho převozu zdravotnickou záchrannou službou do zdravotnického zařízení, je třeba se proti ní rezolutně vyhranit. Právní ochrana by měla být poskytnuta zdravotnickému pracovníkovi, který respektuje dříve vyslovené přání, nikoli zdravotnickému pracovníkovi, který navzdory dříve vyslovenému přání poskytuje (byť) život zachraňující léčbu.

Opakovaně zdůrazňované stanovisko, že *„je přeci lepší nést občanskoprávní postih pro neoprávněný zásah do integrity pacienta, než trestněprávní postih pro neposkytnutí pomoci“*, je třeba odmítnout. Takové stanovisko prezentované bez následné kvalifikované diskuze

neumožňuje hledat a nacházet konstruktivní řešení situací, které rozhodování o poskytování péče v závěru života přináší. Pouze konzervuje stávající stav zcela zjevně postrádající hlubší analýzu souvisejících otázek a kritickou reflexi způsobu, jak na tyto otázky odpovídáme.

Tento přístup rovněž zcela jistě neodpovídá přístupu tolik prosazovanému současným občanským zákoníkem, zcela jistě nemůže najít oporu v judikatuře vyšších soudů a naprosto jistě neodpovídá přístupu zdůrazňovanému v zahraniční doktríně a rozhodovací praxi soudů.

Cílem kapitoly není a s ohledem na omezený rozsah ani nemůže být komplexní pojednání o institutu dříve vysloveného přání. V současné době již existují (alespoň v omezeném množství) odborné publikace, které se problematikou dříve vysloveného přání zabývají. Cílem kapitoly je tedy spíše než opakovat to, co již je v odborných publikacích obsaženo, tyto publikace doplnit a nabídnout nové úvahy. V této kapitole se tak zaměřím na konkrétní problematické aspekty související s aplikací stávající právní úpravy dříve vysloveného přání a představím návrh možných a již existujících legislativních změn.

## 5.2 Stávající právní úprava a její problematické aspekty

Na mezinárodněprávní úrovni je institut dříve vysloveného přání zakotven v článku 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně. Ten stanoví:

*„Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání.“<sup>356</sup>*

Vysvětlující zpráva k Úmluvě o lidských právech a biomedicíně upřesňuje, že *„pokud někdo již dříve vyjádřil svá přání, je nutno tato přání respektovat“*.<sup>357</sup> Vysvětlující zpráva tedy kategoricky vyjadřuje to, co z formulace článku 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně zjevně nevyplývá, totiž právní povinnost (užita formulace *„je nutno respektovat“*) respektovat dříve vyslovené přání pacienta. Ačkoliv lze polemizovat o vhodnosti jazykové formulace použité v samotném textu Úmluvy o lidských právech a biomedicíně (formulace *„bude brán zřetel“*), není zde prostor pro polemiku o skutečném významu článku 9 Úmluvy o lidských

---

<sup>356</sup> Článek 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně.

<sup>357</sup> Článek 62 Vysvětlující zprávy k Úmluvě o lidských právech a biomedicíně.

právech a biomedicíně. Základním východiskem je právo pacienta vyjádřit svá přání a povinnost tato přání respektovat.

Úmluva o lidských právech a biomedicíně institut dříve vysloveného přání dále nerozpracovává, ponechává tak prostor pro vnitrostátní úpravu, aby vymezila další konkrétní požadavky. V českém právním řádu tak činí § 36 zákona o zdravotních službách a od roku 2014 lze relevantní ustanovení najít také v občanském zákoníku.

### 5.2.1 Dříve vyslovené přání jako souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb

Ust. § 36 odst. 1 zákona o zdravotních službách v návaznosti na článek 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně stanoví:

*„Pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit.“<sup>358</sup>*

Zákon o zdravotních službách předpokládá, že pacient může prostřednictvím dříve vysloveného přání vyslovit *souhlas nebo nesouhlas* s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí. Tato formulace je v mezinárodním měřítku spíše neobvyklá. Dříve vyslovené přání tak, jak je chápáno v zahraniční literatuře, má totiž primárně směřovat k odmítnutí zdravotních služeb, resp. k vyjádření nesouhlasu.

Dle section 24(1) britského Mental Capacity Act 2005:

*„Dříve vyslovené přání představuje rozhodnutí osoby, která dovršila 18 let a která je v okamžiku tohoto rozhodnutí způsobilá jej učinit, aby*

*(a) později za okolností specifikovaných v tomto dříve vysloveném přání,*

*(b) v případě, že pacient nebude schopen toto rozhodnutí učinit,*

*specifikovaný léčebný postup, který lékaři navrhnou, nebyl zahájen nebo v něm nebylo pokračováno.“<sup>359</sup>*

---

<sup>358</sup> Ust. § 36 odst. 1 zákon o zdravotních službách.

<sup>359</sup> Section 24(1) britského Mental Capacity Act 2005.

Goold a Herring k citovanému ustanovení uvádí, že zásadní limitace dříve vysloveného přání spočívá ve skutečnosti, že dříve vyslovené přání lze aplikovat pouze v případě odmítnutí zdravotních služeb. Pacient nemůže prostřednictvím svého dříve vysloveného přání vyžadovat určité zdravotní služby nebo vyžadovat určitý způsob jejich poskytnutí, pokud takové zdravotní služby nebo způsob jejich poskytnutí není v souladu s navrhovaným léčebným postupem. V tomto rozsahu, kdy pacient vyžaduje léčebný postup, který není lékaři navrhován, je dříve vyslovené přání neúčinné.<sup>360</sup>

Přestože § 36 odst. 1 zákona o zdravotních službách předpokládá možnost vyjádřit nejen nesouhlas, ale rovněž souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, je třeba zdůraznit, že ani dle této právní úpravy nelze respektovat dříve vyslovené přání vyjadřující souhlas s léčebným postupem v situaci, kdy daný léčebný postup není lékaři navrhován jako relevantní možnost. Jinými slovy, lékař navrhuje určitý léčebný postup. Tento postup musí splňovat požadavek náležité odborné úrovně zakotvený v § 4 odst. 5 zákona o zdravotních službách. Pacient má možnost prostřednictvím svého dříve vysloveného přání vyjádřit souhlas nebo nesouhlas s takovým léčebným postupem a lékař je povinen takové přání pacienta respektovat. Lékař však není povinen poskytovat zdravotní služby, s nimiž pacient ve svém dříve vysloveném přání vyslovil souhlas, v okamžiku, kdy tyto zdravotní služby požadavek náležité odborné úrovně nespĺňují, a lékař tak ani nebude tyto zdravotní služby jako relevantní možnosti navrhovat.

Znovu na tomto místě připomínám, že uvedenou argumentaci nelze bez dalšího užít v kontextu hodnocení léčby jako léčby nepřiměřené, nevhodné nebo neúčelné a odkazuji na závěry vyjádřené v kapitole 2 Marná léčba.

### *5.2.2 Povinnost poskytovatele zdravotních služeb respektovat dříve vyslovené přání*

Ust. §36 odst. 2 zákona o zdravotních službách stanoví:

*„Poskytovatel bude brát zřetel na dříve vyslovené přání pacienta, má-li ho k dispozici, a to za podmínky, že v době poskytování zdravotních služeb nastala předvídatelná situace, k níž se dříve vyslovené přání vztahuje, a pacient je v takovém zdravotním stavu, kdy není schopen vyslovit nový souhlas nebo nesouhlas.“<sup>361</sup>*

---

<sup>360</sup>Goold, I. Herring, J. *Great debates in medical law and ethics*. Red Globe Press, 2014, str. 59.

<sup>361</sup> Ust. § 36 odst. 2 zákona o zdravotních službách.

Toto ustanovení obsahuje hned několik sporných momentů, nad kterými je třeba se zamyslet. V první řadě citované ustanovení říká, že je to *poskytovatel zdravotních služeb*, kdo má brát zřetel na dříve vyslovené přání. To se může zprvu jevit jako neproblematické, neboť zákon o zdravotních službách zcela logicky reguluje povinnosti právě poskytovatelů jakožto subjektů oprávněných k poskytování zdravotních služeb, a nikoliv jiných subjektů, které mohou být s dříve vysloveným přáním konfrontovány. Jsou to však i tyto subjekty, které v praxi hledají odpovědi na otázky, zda jsou povinny respektovat dříve vyslovené přání a případně za jakých podmínek. Jedním příkladem za všechny mohou být poskytovatelé sociálních služeb ve smyslu zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění (dále jen „zákon o sociálních službách“).

Pro ilustraci, klient domova pro seniory ve svém dříve vysloveném přání vyjádří nesouhlas s transportem do zdravotnického zařízení a provedením kardiopulmonální resuscitace. Poskytovatel sociálních služeb se pak zcela legitimně může ptát, zda je povinen takové dříve vyslovené přání respektovat a zdravotnickou záchrannou službu klientovi v kritický okamžik, kdy dojde k srdeční zástavě, nezavolat. Obava poskytovatele sociálních služeb, resp. jednotlivých zaměstnanců poskytovatele z trestněprávního postihu je zjevná.

Zákon o zdravotních službách bezpochyby svou úpravu směřuje výhradně na poskytovatele zdravotních služeb<sup>362</sup> a nikoliv na jiné subjekty. Úmluva o lidských právech a biomedicíně však tuto limitaci nevyjadřuje. Dle článku 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně *bude brán zřetel* na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání. Úmluva tedy vyjadřuje požadavek, aby přesněji nevymezený okruh subjektů bral zřetel na dříve vyslovené přání pacienta. V praxi to zcela pochopitelně bude ve většině případů právě poskytovatel zdravotních služeb, nemusí to však být poskytovatel výlučně.

Článek 10 Ústavy České republiky říká, že stanoví-li mezinárodní smlouva něco jiného než zákon, použije se mezinárodní smlouva. Vyplývá-li z Úmluvy o lidských právech a biomedicíně jakožto mezinárodní smlouvy dle článku 10 Ústavy požadavek, aby dříve vyslovené přání respektovaly všechny subjekty, které jsou s ním konfrontovány, nelze než

---

<sup>362</sup> Viz § 2 odst. 2 písm. b) zákona o zdravotních službách, z něhož vyplývá, že „poskytovatel“ je legislativní zkratkou pro poskytovatele zdravotních služeb, kterého zákon v § 2 odst. 1 definuje jako „fyzickou nebo právnickou osobu, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle tohoto zákona.“

dospět k závěru, že Úmluva o lidských právech a biomedicině v tomto ohledu musí mít přednost před zákonem o zdravotních službách. Dle komentářové literatury nadto nelze připustit interpretaci, resp. aplikaci ustanovení zákonného předpisu, jejímž prostřednictvím by došlo k limitaci práva jednotlivce garantovaného mezinárodní smlouvou.<sup>363</sup> Tento výklad lze podpořit rovněž interpretací zákona o zdravotních službách opírající se o logický argument *a maiore ad minus*. Na základě tohoto argumentu je třeba dovozovat, že má-li povinnost respektovat dříve vyslovené přání pacienta poskytovatel zdravotních služeb, který je z titulu svého postavení povinen k poskytnutí zdravotních služeb, je k respektování dříve vysloveného přání povinen o to více jakýkoliv jiný subjekt, jemuž povinnost poskytovat zdravotní služby uložena není.

### 5.2.3 Požadavek, aby měl poskytovatel dříve vyslovené přání k dispozici

Ust. § 36 odst. 2 dále říká, že poskytovatel bude brát zřetel na dříve vyslovené přání, „*má-li ho k dispozici*“. Tento předpoklad respektování dříve vysloveného přání je zcela logický. Poskytovatel zdravotních služeb, který má respektovat dříve vyslovené přání, musí mít vždy možnost seznámit se s obsahem dříve vysloveného přání. Bez této možnosti není schopen posoudit, zda dříve vyslovené přání může vůbec být relevantní v řešené klinické situaci. Obdobný přístup lze nalézt rovněž v zahraniční právní úpravě, případně navazujících doporučeních odborných společností.

V praxi může sporná situace nastat především při poskytování přednemocniční neodkladné péče, tj. při poskytování péče mimo zdravotnické zařízení, včetně poskytování péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta, kdy je zpravidla obtížné zajistit, aby pacient měl dříve vyslovené přání u sebe, tj. aby jeho dříve vyslovené přání bylo v kritický okamžik k dispozici. Za těchto okolností poskytovatel, resp. zdravotnický pracovník poskytne neodkladnou péči, neboť nemá znalost obsahu dříve vysloveného přání, a činí tak po právu.

Tato situace se pro zdravotnického pracovníka může stát ještě nepřehlednější v okamžiku, kdy je poskytování péče přítomna osoba, která je dle § 34 odst. 7 zákona o zdravotních službách, resp. § 98 občanského zákoníku oprávněná za pacienta zástupně rozhodovat, tj. poskytnutí péče za pacienta případně také odmítnout. Ust. § 98 občanského zákoníku totiž stanoví, že při udělení

---

<sup>363</sup>Ústava České republiky: Ústavní zákon o bezpečnosti České republiky: komentář, str. 99 – 103.

zástupného souhlasu „*se vezme zřetel na dříve vyslovená známá přání člověka, do jehož integrity má být zasazeno*“. Rozhoduje-li tedy jiná osoba z okruhu osob vymezených § 34 odst. 7 zákona o zdravotních službách, resp. § 98 občanského zákoníku o poskytnutí zdravotních služeb pacientovi, je povinna při svém rozhodnutí zohlednit dříve vyslovené přání pacienta.

Vyjádřil-li se pacient ve svém dříve vysloveném přání v tom smyslu, že určité zdravotní služby, včetně neodkladné péče, odmítá, je osoba zástupně rozhodující povinna dle § 98 občanského zákoníku toto přání pacienta respektovat a v souladu s ním za pacienta specifikovanou zdravotní službu odmítnout. Nutno podotknout, že § 98 občanského zákoníku nezakotvuje požadavek písemnosti dříve vysloveného přání, jak tomu činí zákona o zdravotních službách. Stanoví pouze široce, že osoba rozhodující za pacienta má brát zřetel na jeho dříve vyslovená přání, bez ohledu na to, zda je vyjádřil ústně nebo písemně. Obdobný požadavek zakotvuje rovněž § 467 občanského zákoníku, který říká, že opatrovník je při plnění svých povinností povinen naplňovat opatrovancova právní prohlášení a dbát jeho názorů, i když je opatrovanec projevil dříve. Pokud tedy opatrovanec v době, kdy byl způsobilý tak činit, vyjádřil dříve vyslovené přání, v němž určité zdravotní služby odmítá, je opatrovník povinen toto přání respektovat a v relevantní chvíli opatrovancem specifikované zdravotní služby za něj odmítnout.

Uvedené jsem již podrobněji rozebrala v podkapitole 4.4 Zástupné rozhodování. Na tomto místě na ni proto odkazuji a připomínám, že uvedený závěr, ač je dle mého názoru jediný správný, není s ohledem na stávající právní úpravu tak neproblematický, jak by se na první pohled mohlo zdát.

Ve snaze předcházet sporným situacím se jako možné doporučení pro praxi nabízí navázání spolupráce mezi poskytovateli domácí péče, zejména poskytovateli domácí paliativní péče, praktickými lékaři a poskytovateli zdravotnické záchranné služby ve smyslu sdílení informací. Poskytovatel poskytující péči ve vlastním sociálním prostředí může informovat poskytovatele zdravotnické záchranné služby, že pacient v jeho péči vyjádřil dříve vyslovené přání. Tímto způsobem mohou být zdravotničtí pracovníci poskytovatele zdravotnické záchranné služby připraveni na specifickou situaci tohoto konkrétního pacienta.

S ohledem na diskutovaný požadavek, aby měl poskytovatel zdravotních služeb dříve vyslovené přání k dispozici, může sporná situace nastat nejen při poskytování zdravotních



služeb mimo zdravotnické zařízení, ale rovněž při poskytování zdravotních služeb hospitalizovanému pacientovi. I v tomto případě se může stát, že zdravotnický pracovník, který rozhoduje o poskytnutí neodkladné péče, v kritickou chvíli nemá dříve vyslovené přání k dispozici. Může tomu tak být proto, že pacient vyjádřil své dříve vyslovené přání ve formě, kterou předvídá § 36 odst. 3 zákona o zdravotních službách, nebo tomu tak může být proto, že v rámci poskytovatele nedošlo k předání informace o tom, že pacient vyjádřil své dříve vyslovené přání mezi ošetřujícími zdravotnickými pracovníky.

První situace předpokládá, že pacient sepíše své dříve vyslovené přání dle § 36 odst. 3 zákona o zdravotních službách, aniž by se stalo součástí jeho zdravotnické dokumentace vedené u jakéhokoli poskytovatele. Pokud při přijetí k hospitalizaci pacient neinformuje poskytovatele, že vyjádřil dříve vyslovené přání, toto mu nepředá a ani své dříve vyslovené přání nevyjádří znovu ve vztahu k tomuto poskytovateli formou předpokládanou § 36 odst. 4 zákona o zdravotních službách tak, aby bylo součástí zdravotnické dokumentace poskytovatele, pak zdravotnický pracovník při poskytování zdravotních služeb postupuje, jako by žádné dříve vyslovené přání neexistovalo. Takový postup nemůže jít k tíži poskytovatele. Pokud za těchto okolností bude např. provedena kardiopulmonální resuscitace, kterou však pacient ve svém dříve vysloveném přání odmítl, nemůže se jednat o neoprávněný zásah do integrity pacienta, neboť poskytovatel, resp. konkrétní zdravotnický pracovník, který resuscitaci provedl, neměl o existenci dříve vysloveného přání informaci a neznal jeho obsah.

Druhá situace předpokládá, že pacient sepíše své dříve vyslovené přání formou předvídanou § 36 odst. 4 zákona o zdravotních službách, tj. formou zápisu ve zdravotnické dokumentaci. I přes zápis ve zdravotnické dokumentaci zdravotnický pracovník v kritickou chvíli poskytne zdravotní služby, které pacient svým dříve vysloveným přáním odmítl, např. provede navzdory dříve vyslovenému přání resuscitaci. Zdravotnický pracovník tímto způsobem postupuje, neboť v danou chvíli nemá informaci o tom, že pacient vyjádřil dříve vyslovené přání v tomto smyslu. Přesto, v tomto případě, nerespektování dříve vysloveného přání pacienta půjde k tíži poskytovatele zdravotních služeb, neboť je jeho povinností organizačně zajistit předání informací mezi jednotlivými zdravotnickými pracovníky. Provedení resuscitace navzdory dříve vyslovenému přání je tedy třeba považovat za neoprávněný zásah do integrity pacienta.

K obdobnému závěru bude třeba dospět v situaci, kdy poskytovatel zdravotních služeb poskytuje zdravotní služby v několika zdravotnických zařízeních. Bez ohledu na to, v jakém

zdravotnickém zařízení je pacientovi poskytována péče, jeho dříve vyslovené přání zůstává platné a závazné ve vztahu k poskytovateli zdravotních služeb jakožto subjektu. Je tedy povinností poskytovatele zdravotních služeb organizačně zajistit předání informací tak, aby byly k dispozici zdravotnickým pracovníkům poskytujícím péči v jednotlivých zdravotních zařízeních tohoto poskytovatele.

#### 5.2.4 Vymezení předvídatelné situace

Ust. § 36 odst. 2 zákona o zdravotních službách podmiňuje respektování dříve vysloveného přání dále požadavkem, aby v době poskytování zdravotních služeb nastala předvídatelná situace, k níž se dříve vyslovené přání vztahuje. V souladu s tímto ustanovením má pacient možnost směřovat svůj souhlas nebo nesouhlas vyjádřený v dříve vysloveném přání pouze na konkrétně vymezené situace. Způsob vymezení této předvídatelné situace pak může mít zásadní význam pro rozhodnutí poskytovatele, zda bude nebo nebude dříve vyslovené přání pacienta respektovat. Formuluje-li pacient tuto předvídatelnou situaci jako situaci, „*kdy nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí*“, pak bez ohledu na zdravotní stav pacienta nebo na to, jakým způsobem se do tohoto zdravotního stavu dostal, bude dříve vyslovené přání respektováno vždy, když pacient nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas. Formuluje-li pacient předvídatelnou situaci jako situaci, „*kdy se bude nacházet v terminální fázi nevléčitelného onemocnění nebo v jiném medicínsky neovlivnitelném nepříznivém stavu bez naděje na jeho zlepšení*“, pak bude třeba zvažovat, zda v případě pacienta již nastala takto vymezená situace, tj. zda se pacient nachází v terminální fázi nevléčitelného onemocnění nebo v medicínsky neovlivnitelném stavu bez naděje na jeho zlepšení. Způsob vymezení předvídatelné situace se tak jeví jako významný a pacient by měl být srozuměn se skutečností, že to, jak předvídatelnou situaci definuje, může předurčit, zda jeho dříve vyslovené přání bude nebo nebude respektováno.

#### 5.2.5 Poučení pacienta o důsledcích vyjádření dříve vysloveného přání

Ust. § 36 odst. 2 věta druhá nad rámec uvedených požadavků dále zakotvuje požadavek, aby dříve vyslovené přání pacient činil vždy na základě písemného poučení o důsledcích jeho rozhodnutí vyjádřit dříve vyslovené přání. Toto poučení pacientovi může poskytnout lékař v oboru všeobecné praktické lékařství, u kterého je pacient registrován, nebo jiný ošetřující lékař v oboru zdravotní péče, s níž dříve vyslovené přání souvisí.

V praxi je v souvislosti s uvedeným požadavkem řešeno několikero otázek. První otázkou je, co vše musí obsahovat poučení lékaře, na základě kterého pacient dříve vyslovené přání činí. Druhou otázkou je, zda je lékař vymezený v citovaném ustanovení povinen poučení o důsledcích rozhodnutí pacienta vyjádřit dříve vyslovené přání pacientovi poskytnout. Třetí otázkou zůstává, zda *ošetřujícím lékařem v oboru zdravotní péče, s nímž dříve vyslovené přání souvisí*, musí být lékař se specializovanou způsobilostí nebo jím může být rovněž lékař bez specializované způsobilosti.

K první otázce. Zákon konkrétní obsah poučení o důsledcích rozhodnutí vyjádřit dříve vyslovené přání nestanoví. S ohledem na povahu tohoto poučení, které odpovídá povaze informací o zdravotním stavu ve smyslu § 31 zákona o zdravotních službách, jedná-li se o dříve vyslovený souhlas, nebo o poučení ve smyslu § 34 odst. 3 zákona o zdravotních službách, jedná-li se o dříve vyslovený nesouhlas, se však lze domnívat, že také obsah těchto poučení může být obdobný. *Per analogiam legis* by tak poučení o rozhodnutí vyjádřit dříve vyslovené přání mohlo tuto strukturu sledovat.

Takovou interpretaci lze podpořit také odkazem na vyhlášku č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění platném do 24. 7. 2018, konkrétně odkazem na přílohu č. 1 část 7 vyhlášky, která stanovila, že „*pro záznam o dříve vysloveném přání (...) se obdobně použije [záznam o písemném souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb], je-li předmětem dříve vysloveného přání souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, [záznam o odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb (revers)], je-li předmětem dříve vysloveného přání nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb*“.<sup>364</sup> Ačkoliv s ohledem na provedenou novelizaci vyhlášky o zdravotnické dokumentaci nelze považovat takto stanovený obsah za závazný, může být jistě využit alespoň jako určité vodítko.

Nutno zdůraznit, že § 36 odst. 2 ve spojení s §36 odst. 3 a 4 zákona o zdravotních službách vyžaduje, aby součástí dříve vysloveného přání bylo *písemné poučení*. Tato formulace předpokládá, že samotné poučení má být součástí dříve vysloveného přání, nikoliv pouze potvrzení lékaře, že pacient byl poučen, jak to v souvislosti s podáním informace o zdravotním stavu připouští § 31 odst. 3 zákona o zdravotních službách. Jako nedostatečná se tak jeví

---

<sup>364</sup> Příloha č. 1 část. 7 vyhlášky o zdravotnické dokumentaci.

formulace: „*Pacient byl poučen o důsledcích svého rozhodnutí vyjádřit dříve vyslovené přání, poučení porozuměl, měl možnost klást doplňující otázky, které mu byly srozumitelným způsobem zodpovězeny.*“<sup>365</sup>

Ačkoliv § 36 odst. 2 věta druhá zákona o zdravotních službách není formulována jako imperativ, je nutno trvat na výkladu, že právu pacienta vyjádřit dříve vyslovené přání vždy na základě poučení o důsledcích takového rozhodnutí musí odpovídat právní povinnost lékaře toto poučení poskytnout.<sup>366</sup> V opačném případě by se totiž právo pacienta vyjádřit dříve vyslovené přání mohlo stát nerealizovatelným. Odepření poskytnutí poučení by snad mohlo být odůvodněno odkazem na výhradu svědomí nebo náboženského vyznání ve smyslu § 50 odst. 2 zákona o zdravotních službách. Přímou však toto ustanovení na řešenou situaci nedopadá, když hovoří o právu zdravotnického pracovníka odmítnout *poskytnutí zdravotních služeb* pacientovi, nikoliv o právu zdravotnického pracovníka odmítnout poskytnutí poučení. Navzdory uvedenému tvrzení, že poučení o důsledcích rozhodnutí pacienta vyjádřit dříve vyslovené přání je povinností lékaře, nutno podotknout, že nesplnění této povinnosti není nikterak sankcionováno. Imperfekce tohoto ustanovení se pak v praxi projevuje absencí ochoty lékařů poučení pacientům poskytovat.

K druhé otázce. Ust. § 36 odst. 2 stanoví, že poučení může poskytnout jednat lékař v oboru všeobecné praktické lékařství, u kterého je pacient registrován, jednak ošetřující lékař v oboru zdravotní péče, s nímž dříve vyslovené přání souvisí.

V prvním případě jazykovou interpretací nutno dospět k závěru, že lékař v oboru všeobecné praktické lékařství bude lékařem se specializovanou způsobilostí. Dle § 12 odst. 2 zákona o zdravotních službách „*poskytovatel, který je fyzickou osobou, musí být způsobilý k samostatnému výkonu zdravotnického povolání*“.<sup>367</sup> Dle § 5 odst. 3 zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, v platném znění je „*podmínkou pro samostatný výkon povolání lékaře získání specializované způsobilosti (...)*“.<sup>368</sup>

---

<sup>365</sup> Srov. Komentář k zákonu o zdravotních službách, str. 157.

<sup>366</sup> Srov. Komentář k zákonu o zdravotních službách, str. 158.

<sup>367</sup> Ust. § 12 odst. 2 zákona o zdravotních službách.

<sup>368</sup> Ust. § 5 odst. 3 zákona o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.

V druhém případě naopak lze dle mého soudu dospět k závěru, že ošetřujícím lékařem v oboru, s nímž dříve vyslovené přání souvisí, může být i lékař bez specializované způsobilosti. Na tomto místě je pouze třeba zvážit, v jaké fázi specializačního vzdělávání bude poskytnutí poučení spadat do činností, k nimž bude lékař s odbornou způsobilostí oprávněn bez odborného dozoru nebo odborného dohledu.

Dle §4 odst. 3 zákona o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta bez odborného dozoru může lékař s odbornou způsobilostí vykonávat činnosti, které odpovídají rozsahu jeho znalostí a dovedností získaných studiem akreditovaného zdravotnického magisterského studijního programu všeobecné lékařství, které jsou stanoveny vyhláškou č. 280/2018 Sb., o stanovení činností, které může lékař vykonávat bez odborného dohledu a bez odborného dozoru na základě odborné způsobilosti, v platném znění.

Jednou z činností, kterou je lékař po získání odborné způsobilosti oprávněn vykonávat, je „v rozsahu své odborné způsobilosti edukovat pacienta, jeho zákonného zástupce nebo osoby jím určené v rámci preventivní, diagnostické, léčebné, léčebně rehabilitační, dispenzární a paliativní péče“.<sup>369</sup> Lze polemizovat, zda pod edukaci pacienta lze subsumovat také poskytnutí poučení o důsledcích rozhodnutí pacienta vyjádřit dříve vyslovené přání. Přikláním se spíše k názoru, že nikoliv. Způsobilost k poskytnutí poučení by patrně měla sledovat způsobilost lékaře s odbornou způsobilostí samostatně realizovat léčebný postup, jehož se dříve vyslovené přání týká.

*Per analogiam legis* tento závěr koresponduje s § 31 odst. 3 zákona o zdravotních službách, který stanoví, že „informaci o zdravotním stavu podává ošetřující zdravotnický pracovník způsobilý k poskytování zdravotních služeb, kterých se podání informace týká“.<sup>370</sup> S odkazem na § 4 odst. 4 zákona o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta by pak oprávnění k poskytnutí poučení mohlo být subsumováno pod činnosti, které odpovídají rozsahu znalostí a dovedností získaných vzděláváním v základním kmeni nebo další činnosti v rozsahu, které jsou lékaři stanoveny jeho školitelem. Oprávnění k poskytnutí poučení by tak mohl za

---

<sup>369</sup> Ust. 1 písm. k) vyhlášky o stanovení činností, které může lékař vykonávat bez odborného dohledu a bez odborného dozoru na základě odborné způsobilosti.

<sup>370</sup> Ust. § 31 odst. 3 zákona o zdravotních službách.

splnění uvedených předpokladů poskytnout lékař s odbornou způsobilostí a s certifikátem o absolvování základního kmene za předpokladu, že poučení směřuje na zdravotní služby, které je lékař oprávněn poskytovat samostatně.

Spíše okrajově je v souvislosti s požadavkem na poskytnutí poučení „*ošetřujícím lékařem v oboru zdravotní péče, s níž dříve vyslovené přání souvisí*“ nutno upozornit, že zákon nehovoří o „lékaři“, ale o „ošetřujícím lékařem“. Dle § 3 odst. 2 zákona o zdravotních službách je ošetřujícím zdravotnickým pracovníkem „*zdravotnický pracovník, který navrhuje, koordinuje, poskytuje a vyhodnocuje individuální léčebný postup u konkrétního pacienta a koordinuje poskytování dalších potřebných zdravotních služeb*“.<sup>371</sup> Ošetřujícím lékařem je tedy lékař, který má již pacienta v péči, resp. jeho péči navrhuje, koordinuje, poskytuje ji apod. Pokud bychom vycházeli z jazykové interpretace § 36 odst. 2 zákona o zdravotních službách, bylo by třeba dovodit, že tímto lékařem nemůže být jakýkoliv lékař, ale musí jím být lékař ošetřující. Poučení by tak dle textu tohoto ustanovení mohl lékař-specialista udělit teprve od okamžiku, kdy by přijal pacienta do péče.

#### 5.2.6 *Formy dříve vysloveného přání*

Ust. § 36 odst. 3 a 4 zákona o zdravotních službách předvídají dvě odlišné formy dříve vysloveného přání. Dle § 36 odst. 3 zákona o zdravotních službách může pacient sepsat své dříve vyslovené přání jako samostatnou listinu, jejíž součástí je písemné poučení a která je opatřena jeho úředně ověřeným podpisem.<sup>372</sup> Takto vyjádřené dříve vyslovené přání je platné ve vztahu k jakémukoliv poskytovateli zdravotních služeb.

Dle § 36 odst. 4 zákona o zdravotních službách může pacient žádat, aby jeho dříve vyslovené přání bylo sepsáno formou zápisu do jeho zdravotnické dokumentace vedené poskytovatelem zdravotních služeb. V takovém případě záznam kromě samotného dříve vysloveného přání obsahuje poučení, podpis pacienta, zdravotnického pracovníka a svědka. Lze předpokládat, že přípedepisujícím zdravotnickým pracovníkem bude lékař, který pacientovi poskytl poučení. K osobě svědka zákon o zdravotních službách nestanoví žádné požadavky. Subsidiárně tak lze uvažovat o požadavcích zakotvených v § 39 odst. 2 občanského zákoníku, který stanoví:

---

<sup>371</sup> Ust. § 3 odst. 2 zákona o zdravotních službách.

<sup>372</sup> Ve smyslu § 10 zákona č. 21/2006 Sb., o ověřování shody opisu nebo kopie s listinou a o ověřování pravosti podpisu, v platném znění.

„Svědky mohou být jen osoby, které na prohlášení a jeho obsahu nemají zájem a nejsou nevidomé, neslyšící, němé nebo neznalé jazyka, v němž je prohlášení učiněno. Svědci musí prohlášení podepsat a být schopni potvrdit schopnost prohlašujícího jednat a obsah jeho prohlášení.“<sup>373</sup> Svědkem pak při splnění stanovených podmínek může být jakákoliv osoba. Nejčastěji jí však bude jiný zdravotnický pracovník nebo osoba z pacientova okolí.

Platnost takto vyjádřeného dříve vysloveného přání zákon omezuje na zdravotní služby poskytované pouze poskytovatelem, u něhož bylo dříve vyslovené přání zaznamenáno. Pro pacienta to znamená, že v případě hospitalizace u jiného poskytovatele nebude jeho dříve vyslovené přání závazné, neboť závazné zůstává pouze a jen pro poskytovatele, u něhož bylo zaznamenáno. Toto omezení se jeví jako zcela nevhodné zejména v situaci, kdy je pacient přeložen k jinému poskytovateli a v mezidobí ztratí způsobilost dříve vyslovené přání u nového poskytovatele znovu vyjádřit. Je-li povinností poskytovatelů předávat jiným poskytovatelům zdravotních služeb nebo poskytovatelům sociálních služeb potřebné informace o zdravotním stavu pacienta, které jsou nezbytné k zajištění návaznosti dalších zdravotních služeb poskytovaných pacientovi,<sup>374</sup> měl by z pohledu systematického výkladu zákona o zdravotních službách překládající poskytovatel přijímajícímu poskytovateli předat rovněž informaci o dříve vysloveném přání, neboť se zcela zřejmě jedná o informaci nezbytnou k zajištění návaznosti dalších zdravotních služeb. Zároveň jen tímto způsobem může být za stávající právní úpravy skutečně zaručeno respektování dříve vyslovené přání pacienta.

Ust. § 36 odst. 4 zákona o zdravotních službách v úvodu stanoví, že „pacient může učinit dříve vyslovené přání při přijetí do péče poskytovatelem nebo kdykoliv v průběhu hospitalizace“.<sup>375</sup> Navzdory určité formulační nepřesnosti lze předpokládat, že zákonodárce předpokládal vyjádření dříve vysloveného přání při přijetí k hospitalizaci nebo kdykoliv v průběhu hospitalizace. Pokud je tento předpoklad správný, pak lze dále předpokládat, že poskytovatelem dle tohoto ustanovení je poskytovatel lůžkové péče. V této souvislosti pak praxe řeší, zda se takto vyjádřené dříve vyslovené přání vztahuje pouze k této hospitalizaci, tj. je časově omezeno na dobu trvání hospitalizace, případně zda se má týkat pouze takových zdravotních služeb, které hospitalizaci předpokládají. Zcela konkrétně si lze představit situaci, kdy pacient vyjádří své dříve vyslovené přání během hospitalizace, následně je propuštěn do domácího ošetřování,

---

<sup>373</sup> Ust. § 39 odst. 2 občanského zákoníku.

<sup>374</sup> Dle § 49 odst. 2 písm. g) zákona o zdravotních službách.

<sup>375</sup> Ust. § 36 odst. 4 zákona o zdravotních službách.



z důvodu náhlého zhoršení zdravotního stavu je přivolána zdravotnická záchranná služba, která jej převáží zpět do téhož zdravotnického zařízení.

Pacient ve svém dříve vysloveném přání mohl vyjádřit nesouhlas s transportem do zdravotnického zařízení, s resuscitací nebo jinou formou neodkladné péče. Odmítnuté zdravotní služby jsou však pacientovi poskytnuty, neboť zdravotnická záchranná služba v okamžiku výjezdu k pacientovi nemá informaci o dříve vysloveném přání pacienta. Tuto informaci nemá ani lékař, který poskytuje zdravotní služby pacientovi při přijetí na urgentní příjem.

Přes veškeré nejasnosti spojené s § 36 odst. 4 zákona o zdravotních službách lze předpokládat, že dříve vyslovené přání není časově omezeno na období hospitalizace, neboť citované ustanovení žádné takové omezení nestanoví.<sup>376</sup> Zároveň lze předpokládat, že dříve vyslovené přání se vztahuje na všechny zdravotní služby poskytované tímto poskytovatelem. Pro jinou interpretaci v citovaném ustanovení nelze nalézt oporu. Z tohoto závěru pak nutno dovozovat povinnost poskytovatele zajistit předání informace o vyjádřeném dříve vysloveném přání pacienta tak, aby v kritický okamžik měl tuto informaci k dispozici kterýkoliv ošetřující zdravotnický pracovník. Znovu je třeba zdůraznit povinnost poskytovatele zdravotních služeb zajistit předání informace mezi jeho jednotlivými odděleními, mezi jeho jednotlivými zdravotnickými zařízeními nebo mezi lůžkovou a ambulantní péčí.

#### 5.2.7 *Zákaz respektovat dříve vyslovené přání*

Dle § 36 odst. 5 písm. a) není třeba respektovat dříve vyslovené přání s ohledem na medicínský vývoj, pokud lze důvodně předpokládat, že předpokládal-li by jej pacient, své dříve vyslovené přání by vůbec nevyjádřil nebo by jej nevyjádřil tak, jak jej vyjádřil. Toto ustanovení zákonodárce zřejmě převzal z Vysvětlující zprávy k Úmluvě o lidských právech a biomedicíně, která uvádí: „*To, že předem vyslovená přání se mají zohlednit, neznamená, že by musela být splněna za každých okolností. Pokud byla např. přání vyjádřena dlouho před zákrokem a věda mezitím pokročila, mohou existovat důvody, aby přání pacienta splněno nebylo. Lékař by si tedy měl být pokud možno jist, že se přání pacienta týkají současné situace a jsou stále platná, zejména s ohledem na současný stav vědy a technický pokrok v medicíně.*“<sup>377</sup>

<sup>376</sup> Logickým argumentem *a contrario*.

<sup>377</sup> Článek 9 odst. 62 Vysvětlující zprávy k Úmluvě o lidských právech a biomedicíně.

Ačkoliv lze chápat motivaci zákonodárce toto ustanovení v zákoně o zdravotních službách zakotvit, pro praxi se v současné době jeví jako poněkud nadbytečné a prakticky neaplikovatelné. Je tomu tak zejména s ohledem na skutečnost, že vyjadřuje-li pacient dříve vyslovené přání, činí tak zpravidla až v závěru svého života, případně s vědomím nečekaného příchodu konce svého života. Nelze tak předpokládat existenci jeho dříve vyslovené přání po natolik dlouhou dobu, aby v medicíně došlo k tak významnému pokroku, aby tento mohl vyloučit aplikaci dříve vysloveného přání.

Jistě nejkontroverznějším a v klinické praxi nejčastěji diskutovaným ustanovením §36 zákona o zdravotních službách je písm. d) tohoto ustanovení, které stanoví, že nelze respektovat dříve vyslovené přání, pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušeni by vedlo k aktivnímu způsobení smrti.

Důvodová zpráva k zákonu č. 372/2011 Sb. uvádí, že „*aktivním ukončením života se rozumí např. odpojení od přístrojů, podání smrtelné dávky léku*“.<sup>378</sup> Dle této proklamace je částí odborné veřejnosti dovozováno, že na základě dříve vysloveného přání nelze ukončit kontinuální přístrojovou orgánovou podporu (např. umělou plicní ventilaci, kardiostimulátor, defibrilátor apod.), neboť její ukončení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti pacienta. Ukončení život udržující léčby je tak postavena naroveň eutanázie ve smyslu úmyslné usmrcení pacienta na jeho žádost.

Jak již bylo několikrát uvedeno, v právní doktríně a rozhodovací praxi soudů v zemích západní Evropy a Spojených států amerických byla otázka rozlišení nezhájení a ukončení život udržující léčby a eutanázie řešena mnohokrát. V západním světě v současné době panuje jednoznačný konsenzus, že ukončení kontinuální léčby nelze zaměňovat za eutanázii. Jak již bylo diskutováno v předchozích částech práce, zahraniční literatura v prvním z uvedených případů hovoří o situaci, kdy je pacientovi umožněno zemřít („allowing natural death“, „letting the patient die“). Ukončení přístrojové orgánové podpory tedy smrt pacienta nepůsobí, pacient umírá v důsledku svého nepříznivého zdravotního stavu. V druhém z uvedených případů naopak hovoří o způsobení smrti („causing death“), usmrcení („killing“), kdy smrt nenastává jako následek progresivního nevléčitelného onemocnění, ale jako následek jednání lékaře.

---

<sup>378</sup> Důvodová zpráva k zákonu o zdravotních službách, str. 18.

Znovu je třeba zdůraznit, že omezení možnosti pacienta prostřednictvím svého dříve vysloveného přání žádat o nepokračování přístrojové orgánové podpory je v rozporu s právem pacienta na ochranu jeho nedotknutelnosti, resp. právem na ochranu jeho tělesné a duševní integrity zakotveným jak na vnitrostátní, tak na mezinárodní úrovni. Přístrojová orgánová podpora představuje pouze určitou modalitu léčby, stále je však i tato modalita zdravotní službou ve smyslu zákona o zdravotních službách. Není proto přípustné, aby skrze §36 odst. 5 písm. d) zákona o zdravotních službách bylo aprobováno její poskytování bez souhlasu pacienta. Takový postup by byl neoprávněným zásahem do integrity pacienta.

Nadto je zákaz respektování přání pacienta v tomto kontextu nekonzistentní s právem pacienta na poskytování zdravotních služeb pouze na základě jeho souhlasu, resp. s právem pacienta souhlas odepřít nebo jej kdykoliv svobodně odvolat. Pokud tato práva náleží pacientovi aktuálně způsobilému rozhodovat o tom, zda mu zdravotní služby budou nebo nebudou poskytnuty, je zjevně proti systematickému zákonu o zdravotních službách, aby tato práva byla suspendována v kontextu rozhodování pacienta prostřednictvím jeho dříve vysloveného přání.

Jako neopodstatněné se i na tomto místě jeví rozlišení situace, kdy přístrojová orgánová podpora ještě nebyla zahájena (v tomto případě ji pacient prostřednictvím dříve vysloveného přání může odmítnout) a situace, kdy již zahájena byla (v tomto případě ji pacient odmítnout nemůže). Na tomto místě znovu odkazuji na kapitolu 3, kde jsem se rozlišením těchto dvou kategorií jednání zabývala podrobněji.

#### *5.2.8 Způsobilost pacienta vyjádřit dříve vyslovené přání*

Dle § 36 odst. 6 zákona o zdravotních službách dříve vyslovené přání nemůže uplatnit nezletilý pacient nebo pacient s omezenou svéprávností. Stávající znění tohoto ustanovení, ačkoliv nyní již sleduje alespoň terminologii zavedenou k 1. 1. 2014 občanským zákoníkem, nezohledňuje způsob chápání institutu svéprávnosti tak, jak jej občanský zákoník prosazuje. Dle § 30 a následujícího občanského zákoníku může nezletilý člověk před nabytím zletilosti nabýt plné svéprávnosti, a to buď přiznáním svéprávnosti, nebo uzavřením manželství. I nezletilý pacient tak může být pacientem plně svéprávným. Jako takovému náleží možnost právně jednat ve všech záležitostech bez omezení. Má-li nezletilý plně svéprávný pacient způsobilost jednat ve všech záležitostech, musí být nutně způsobilý také k vyjádření dříve vysloveného přání.

V podobném duchu, dle § 57 občanského zákoníku, může soud omezit svéprávnost pouze v rozsahu, v jakém člověk není pro duševní poruchu, která není jen přechodná, schopen právně jednat, a vymezí rozsah, v jakém způsobilost člověka samostatně právně jednat omezil. I člověk s omezenou svéprávností je způsobilý samostatně právně jednat v záležitostech, v souvislosti s nimiž jeho svéprávnost nebyla soudem omezena. Pacient, jehož svéprávnost nebyla omezena pro oblast poskytování zdravotních služeb, by tak měl být navzdory omezení svéprávnosti v jiných oblastech oprávněn dříve vyslovené přání vyslovit.

### 5.3 Dříve vyslovená přání a ochrana osobnosti

Ust. § 81 odst. 1 občanského zákoníku konstatuje, že chráněna je osobnost člověka včetně všech jeho přirozených práv a že každý je povinen ctít svobodné rozhodnutí člověka žít podle svého. Právo na tělesnou a duševní integritu pak představuje dílčí součást jednotného všeobecného osobnostního práva. Svou povahou je toto právo subjektivním občanským právem, které působí erga omnes vůči všem ostatním subjektům s rovným postavením (tedy i vůči všem poskytovatelům zdravotních služeb).<sup>379</sup>

Takové pojetí práva na tělesnou a duševní integritu vychází z moderně chápaného ústředního vztahu medicínského práva, tj. vztahu mezi lékařem a pacientem, kdy primát ochrany života a zdraví je nahrazen primátem vůle pacienta. Pacient již dále není pasivním recipientem zdravotní péče, ale s důrazem na jeho vlastní autonomii se stává subjektem poskytování takové péče.<sup>380</sup> Antropocentrické pojetí patrné ve vymezení ochrany osobnosti člověka je zdůrazněno i ve znění (do značné míry spíše proklamativního) ustanovení § 91 občanského zákoníku, který deklaruje, že „*člověk je nedotknutelný*“. Toto ustanovení je třeba chápat jako obecné interpretační pravidlo, které je třeba brát v úvahu při vymezování a hodnocení osobnostních práv člověka, při klasifikaci případných zásahů do těchto práv, jakož i při kategorizaci možných prostředků ochrany.<sup>381</sup>

---

<sup>379</sup>Knap, K. Švestka, J. Jehlička, O. Pavlík, P. Plecítý, P. *Ochrana osobnosti podle občanského práva*. Praha: Linde Praha, a.s., 2004, str. 207.

<sup>380</sup> Medicínské právo, str. 5.

<sup>381</sup> Občanský zákoník: komentář, str. 338 - 339.

Dle § 93 občanského zákoníku platí, že do integrity člověka je možné zasahovat, pouze pokud k tomuto zásahu člověk udělil souhlas, a to s vědomím o povaze zásahu a o jeho možných následcích. Souhlas se zásahem do integrity je tedy zákonem uznaným právním důvodem, na základě kterého je osoba oprávněna zasáhnout do integrity jiné osoby. Obdobně dle § 28 odst. 1 zákona o zdravotních službách platí, že „zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem“.<sup>382</sup> Na toto ustanovení úzce navazuje § 36 odst. 1 zákona o zdravotních službách, který předvídá situaci, kdy pacient nebude schopen tento souhlas, případně nesouhlas vyslovit, a pro tuto situaci zakotvuje možnost pacienta tento souhlas, případně nesouhlas vyslovit předem. Tento souhlas nebo nesouhlas vyslovený předem je poskytovatel povinen respektovat.

Veškeré v této práci uvedené úvahy o neoprávněném zásahu do integrity pacienta při absenci jeho souhlasu tak lze aplikovat rovněž v kontextu zásahu do integrity pacienta, který svůj souhlas nebo nesouhlas vyslovil předem. Dříve vyslovené přání vyjadřující souhlas, stejně jako informovaný souhlas pacienta, představuje zákonem uznaný právní důvod, na základě něhož lze zasáhnout do integrity pacienta. Naopak, dříve vyslovené přání vyjadřující nesouhlas, stejně jako reverz, představuje zákonem uznanou překážku zásahu do integrity pacienta, která případný zásah do integrity činí zásahem neoprávněným. Jinými slovy, jsou-li poskytovány zdravotní služby pacientovi, který je ve svém dříve vysloveném přání odmítl, je nutno takové jednání hodnotit jako neoprávněný zásah do jeho integrity, stejně jako by takové jednání bylo hodnoceno jako neoprávněný zásah do jeho integrity, v případě poskytování zdravotních služeb navzdory odmítnutí zdravotních služeb, případně odvolání souhlasu s poskytováním zdravotních služeb ze strany pacienta.

#### **5.4 Úvahy de lege ferenda**

S ohledem na uvedené problematické aspekty stávající právní úpravy jsou v následující části práce představeny návrhy legislativních změn § 36 zákona o zdravotních službách. První z uvedených návrhů je návrhem prozatím pouze teoretickým, druhý návrh představuje návrh již existující a v době uzavírání tohoto rukopisu diskutovaný na půdě Ministerstva zdravotnictví

---

<sup>382</sup> Ust. § 28 odst. 1 zákona o zdravotních službách.

ČR, Etické komise Ministerstva zdravotnictví ČR a sekce pro etiku v paliativní medicíně České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP.

#### 5.4.1 Návrh č. 1

##### § 36 Dříve vyslovené přání

- (1) *Pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit (dále jen „dříve vyslovené přání“).*
- (2) *Dříve vyslovené přání pacient vyjadřuje na základě poučení o důsledcích jeho rozhodnutí vyjádřit dříve vyslovené přání poskytnutého lékařem.*
- (3) *Záznam o vyjádřeném dříve vysloveném přání pacienta se provede do Národního registru dříve vyslovených přání. Záznam provede ošetřující lékař pacienta, který poskytl poučení dle odst. 2.*
- (4) *Poskytovatel je povinen respektovat dříve vyslovené přání pacienta.*
- (5) *Dříve vyslovené přání*
  - a) *nelze respektovat, pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby,*
  - b) *nelze respektovat, pokud je žádostí pacienta o usmrcení.*
- (6) *Dříve vyslovené přání není oprávněn učinit nezletilý pacient, který nenabyl plné svéprávnosti, nebo pacient s omezenou svéprávností v rozsahu omezení svéprávnosti stanoveného soudem.*
- (7) *Součástí záznamu provedeného do Národního registru je také určení osob oprávněných za pacienta rozhodnout dle § 33 odst. 2 zákona o zdravotních službách a vymezení způsobu, jak mají tyto osoby rozhodnout.<sup>383</sup>*

---

<sup>383</sup> Navrhované znění odkazuje na § 33 odst. 2 zákona o zdravotních službách ve znění navrženém v podkapitole Zástupné rozhodování.

Základním východiskem tohoto návrhu je předpoklad vzniku elektronického registru dříve vyslovených přání. Inspirací pro takový registr lze hledat například ve Spojených státech amerických, kde již od roku 1996 existuje tzv. US Advance Care Plan Registry. Legislativní ukotvení by bylo provedeno obdobným způsobem, jako je tomu v souvislosti s jinými zdravotními registry, včetně např. Národního registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů, Národní registrem dárců orgánů, Národním registrem osob čekajících na transplantaci apod. Národní registr dříve vyslovených přání by byl obdobnou elektronickou databází, která by tvořila součást národních zdravotních registrů ve smyslu § 70 zákona o zdravotních službách. Zřizovatelem tohoto registru by bylo Ministerstvo zdravotnictví ČR. Vedení registru, shromažďování dat a nakládání s nimi by bylo upraveno § 70 zákona o zdravotních službách a zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, v platném znění.

Národní registr dříve vyslovených přání by obsahoval

- a) identifikační údaje pacienta – jméno a příjmení, rodné číslo, adresu bydliště, kontakt,
- b) vymezení situace, resp. zdravotního stavu pacienta, ke kterému se dříve vyslovené přání vztahuje,
- c) vymezení zdravotních služeb, které pacient odmítá, případně vymezení zdravotních služeb, se kterými pacient souhlasí,
- d) potvrzení lékaře, provádějícího záznam do registru, že pacient byl poučen o následcích svého rozhodnutí vyjádřit dříve vyslovené přání,
- e) identifikační osoby, kterou pacient určil jako osobu oprávněnou ve smyslu § 33 odst. 2 zákona o zdravotních službách – jméno a příjmení, rodné číslo, adresu bydliště, kontakt,
- f) fakultativně vymezení konkrétních požadavků, jak má oprávněná osoba za pacienta rozhodovat,
- g) datum a elektronický podpis lékaře.

Nad rámec obsahu vymezeného stávajícím zněním § 36 zákona o zdravotních službách, který nepředpokládá jako svou součást identifikaci osoby oprávněné rozhodnout za pacienta v případě, kdy je zpochybněna platnost nebo aplikovatelnost dříve vysloveného přání, je navrhováno, aby právě i tato informace byla součástí záznamu v registru dříve vyslovených přání. I v tomto ohledu se lze inspirovat americkým Advance Care Plan Registry, který umožňuje pacientovi kromě vyjádření samotného souhlasu nebo nesouhlasu se zdravotními službami vyjádřit rovněž preferenci ohledně osoby, která má za pacienta rozhodovat



v okamžiku, kdy dříve vyslovené přání nedopadá na řešenou klinickou situaci. Kromě určení této osoby by součástí záznamu měla být také specifikace, jak má takto určená osoba za pacienta rozhodovat.

V zahraniční literatuře se tento institut označuje jako „medical power of attorney“. Kromě samotného určení oprávněné osoby mohou být vymezeny určité situace, o nichž má pacient při sepisování tohoto dokumenty již jasnou představu. Pro tyto situace může svého zástupce, resp. oprávněnou osobu zcela konkrétně instruovat. V ostatním rozsahu se oprávněné osobě zpravidla ukládá, aby rozhodovala tak, aby byla v co největší možné míře naplněna vůle pacienta.

V souladu s uvedenou polemikou o stávající formulaci § 36 odst. 5 písm. d) je dále navrhováno, aby toto ustanovení bylo zcela vypuštěno. Zároveň je navrhováno, aby písm. b) tohoto ustanovení bylo přeformulováno tak, že namísto formulace „*aktivní způsobení smrti*“ bude použit termín „*usmrcení*“. Navrhovaná terminologie odpovídá terminologii použité zákonem č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, v platném znění k vymezení skutkové podstaty trestného činu vraždy, zabití a usmrcení z nedbalosti. V situaci, kdy v českém právním řádu není definován pojem eutanázie, se užití terminologie trestního zákoníku jeví jako nejpříhodnější, neboť vyjadřuje, že usmrcení pacienta na jeho žádost bude posuzováno jako protiprávní jednání naplňující znaky skutkové podstaty některého z uvedených trestných činů proti životu, případně trestného činu účasti na sebevraždě. Touto cestou bude tedy i nadále vyjádřeno jednoznačné stanovisko, že usmrcení pacienta na žádost (ani na žádost vyjádřenou prostřednictvím dříve vysloveného přání) není přípustné.

Navrhovaná formulace § 36 odst. 6 zpřesňuje stávající formulaci tak, že stanoví, že k dříve vyslovenému přání se nepřihlíží v případě, kdy jej učinil nezletilý pacient, který nenabyl plné svéprávnosti, resp. že se nepřihlíží k dříve vyslovenému přání, které vyslovil pacient s omezenou svéprávností v rozsahu omezení stanoveného soudem. Pacient, jehož svéprávnost nebyla omezena pro oblast poskytování zdravotních služeb, tak bude oprávněn dříve vyslovené přání vyslovit.

#### 5.4.2 Návrh č. 2

##### § 36 Dříve vyslovené přání

- (1) *Pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit (dále jen "dříve vyslovené přání").*
- (2) *Poskytovatel bude brát zřetel na dříve vyslovené přání pacienta, má-li ho k dispozici, a to za podmínky, že v době poskytování zdravotních služeb nastala předvídatelná situace, k níž se dříve vyslovené přání vztahuje, a pacient je v takovém zdravotním stavu, kdy není schopen vyslovit nový souhlas nebo nesouhlas. Bude respektováno jen takové dříve vyslovené přání, které bylo učiněno na základě písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí, a to lékařem v oboru všeobecné praktické lékařství, u něhož je pacient registrován, nebo jiným ošetřujícím lékařem v oboru zdravotní péče, s níž dříve vyslovené přání souvisí.*
- (3) *Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. Součástí dříve vysloveného přání je písemné poučení podle odstavce 2.*
- (4) *Pacient může učinit dříve vyslovené přání též při přijetí do péče poskytovatelem nebo kdykoliv v průběhu hospitalizace, a to pro poskytování zdravotních služeb zajišťovaných tímto poskytovatelem. Takto vyslovené přání se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi; záznam podepíše pacient, zdravotnický pracovník a svědek; v tomto případě se nepostupuje podle odstavce 3. **Při předání pacienta do zdravotnického zařízení jiného poskytovatele lůžkové péče je poskytovatel povinen informovat poskytovatele, který pacienta přebírá do péče, že pacient vyslovil dříve vyslovené přání a sdělit mu jeho obsah. Poskytovatel, který pacienta převezme do péče, je tímto dříve vysloveným přáním vázán.***
- (5) *Dříve vyslovené přání*
- a) nelze respektovat, pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby,*
  - b) nelze respektovat, pokud je žádostí pacienta o jeho usmrcení.*
- (6) *Dříve vyslovené přání nelze uplatnit, jde-li o nezletilé pacienty, kteří nenabýli plné svéprávnosti, nebo pacienty s omezenou svéprávností.*

Změna zakotvená v odst. 4 směřuje na nedostatek stávající právní úpravy, kdy zákon neukládá poskytovateli povinnost informovat o dříve vysloveném přání pacienta poskytovatele, který

pacienta přebírá do péče. Navrhované doplnění odst. 4 tedy explicitně ukládá povinnost původnímu poskytovateli, u něhož pacient sepsal dříve vyslovené přání, informovat poskytovatele, k němuž je pacient přeložen, o tom, že pacient sepsal dříve vyslovené přání a o tom, co je jeho obsahem. Tímto způsobem má být zajištěno, že dříve vyslovené přání bude respektováno i u poskytovatele poskytujícího navazující péče, a to pro případ, kdy pacient nebude s ohledem na svůj zdravotní stav již schopen dříve vyslovené přání znovu sepsat.

Zřejmým nedostatkem navrhovaného znění je skutečnost, že povinnost předání informace se vztahuje pouze na situace, kdy je pacient předáván z péče jednoho poskytovatele lůžkové péče do péče jiného poskytovatele lůžkové péče, a nikoliv na situace, kdy je pacient předáván z péče poskytovatele lůžkové péče do péče poskytovatele zdravotních služeb, který poskytuje péči ambulantně nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Zcela konkrétně z pohledu praxe tak i přes navrhovanou změnu zůstane mezera ve vztahu k poskytovatelům lůžkové péče, kteří předávají pacienta do péče domácího (mobilního) hospice. Přitom se lze domnívat, že právě pro léčbu poskytovanou těmito poskytovateli může být informace o existujícím dříve vysloveném přání zcela zásadní. Patrná je rovněž terminologická nejednotnost, kdy odst. 4 uvádí, že „*poskytovatel, který pacienta převezme do péče, je dříve vysloveným přáním vázán*“. Na tomto místě tedy zákon užívá formulaci „poskytovatel je vázán dříve vysloveným přáním“, na jiných místech zůstává formulace „poskytovatel bude brát zřetel na dříve vyslovené přání“. Přestože jsem přesvědčena, že formulace „poskytovatel je vázán“ přesněji a více kategoricky vyjadřuje požadavek respektování dříve vysloveného přání pacienta, měla by být vždy zachována terminologická jednotnost. Pokud odst. 4 užívá formulaci „poskytovatel je vázán“ měl by tuto formulaci užívat také odst. 2.

Ust. § 36 odst. 5 písm. a) se navrhuje vypustit s odůvodněním, že pro praxi je ustanovení velmi problematické, neboť si jen stěží lze představit, že by poskytovatel, resp. konkrétní ošetřující lékař přehodnocoval přání pacienta v návaznosti na vývoj v poskytování zdravotních služeb. Právní úprava by měla být pro poskytovatele co nejjasnější a současně by měla zaručovat respektování práv pacienta zakotvených na národní i mezinárodní úrovni.

Na půdě Ministerstva zdravotnictví však tato změna vyvolala nemalé kontroverze. Ministerstvo zdravotnictví změnu odmítlo s tímto odůvodněním: „Pokud bude odpovědným osobám známo, že pacient vyslovil dříve vyslovené přání v době, kdy nebyla možnost léčby, a nyní už je, pak přesto, že pacient neměl potřebné informace, ho necháme zemřít.“ Námitku Ministerstva

zdravotnictví k tomuto ustanovení nepovažují za přílehlavou. Jen stěží si lze představit situaci, kdy by pacient prostřednictvím svého dříve vysloveného přání odmítl léčbu, která v době sepsání dříve vysloveného přání neexistovala. Pacient může odmítnout pouze takovou léčbu, o které ví, že existuje, k níž od lékaře dostane příslušné poučení, na základě něhož činí informované rozhodnutí. Pokud bude existovat nová léčba, o které pacient v době sepsání dříve vysloveného přání nevěděl, bude v takové situaci dříve vyslovené přání irelevantní, neboť se nebude vztahovat na tuto léčbu. Bude pak na ošetřujícím lékaři a osoby oprávněné rozhodovat za pacienta, aby rozhodli, zda novou léčbu pacientovi poskytnout nebo nikoliv. Existence dříve vysloveného přání a případný absentující souhlas s novou léčbou v tomto přání nebrání lékaři nabízet indikovanou léčbu a osobě oprávněné rozhodovat za pacienta s touto léčbou za pacienta vyslovit souhlas.

Vypuštění § 36 odst. 5 písm. d) a změna formulace písm. b) stávajícího znění zákona o zdravotních službách odráží již mnohokrát vyjádřenou představu, že nepokračování přístrojové orgánové podpory (tzv. „odpojení od přístrojů“) dle dříve vysloveného přání pacienta je zcela přípustný a jediný právně legitimní postup reflektující právo pacienta na respektování jeho autonomie. Stávající znění písm. b) a d) v kombinaci s důvodovou zprávou, která uvádí, že aktivním způsobem smrti je i odpojení od přístrojů, tato práva pacienta jednoznačně omezují. Stanovisko vyjádřené v důvodové zprávě nelze než považovat za stanovisko dogmatické, vyjádřené bez kvalifikované reflexe.

Proto bylo písm. d) vypuštěno zcela a písm. b) bylo přeformulováno. Cílem bylo také to, aby i při změně formulace písm. b) zůstalo nadále vyjádřeno stanovisko, že eutanázie zůstává nepřipustným jednáním a že pacient nemůže prostřednictvím svého dříve vysloveného přání žádat, aby byl usmrcen. Navrhovaná změna upouští od stávající terminologie „aktivní způsobení smrti“, neboť právě tato terminologie osvětlená důvodovou zprávou je z pohledu praxe nejvíce problematická, nejvíce diskutovaná a do značné míry přispívá k nevyužívání institutu dříve vyslovených přání v praxi. Proto byla namísto původní terminologie zvolena terminologie, kterou používá trestní zákoník k definování skutkových podstat TČ proti životu (vražda (úmyslné usmrcení), zabití (úmyslné usmrcení v silném rozrušení ze strachu, úleku, zmatku nebo jiného omluvitelného hnutí mysli)). Přímý pojem eutanázie nebyl použit proto, že legální definice tohoto pojmu neexistuje. Existující etická a právní literatura k tématu eutanázie je co do definování pojmu nejednotná.

Ustanovení § 36 odst. 6 je zpřesněno obdobně jako v návrhu č. 1.

## 5.5 Shrnutí

V této kapitole jsem se více než v kapitolách předešlých věnovala podrobné analýze stávající právní úpravy. Upozornila jsem na mnohé problematické nebo nejasné momenty, které klinická praxe řeší.

Legislativní návrh č. 1 představuje návrh v současné době pouze teoretický, na rozdíl od návrhu č. 2, který byl předložen Ministerstvem zdravotnictví ČR k připomínkám a o němž se v době před odevzdáním této práce mnohokrát diskutovalo. Ač lze druhý z uvedených návrhů považovat za výrazný pokrok, i nadále zachovává některé problematické pasáže, které by bylo vhodné dále upravit. Bez interpretačně jasné a srozumitelné právní úpravy nelze předpokládat, že se dříve vyslovené přání stane institutem v praxi skutečně využívaným, jako je tomu v jiných zemích západního světa.

## 6 Zvláštní kategorie

### 6.1 Kardiopulmonální resuscitace

#### 6.1.1 Historický úvod

Kardiopulmonální resuscitace jako léčebná metoda spočívající v srdeční masáži na zavřeném hrudníku začala být v klinické praxi využívána počátkem 60. let minulého století. Autoři této léčebné metody ve své první publikaci vysvětlují, že kardiopulmonální resuscitace má být léčebnou metodou využívanou především pro oběti nečekané oběhové zástavy. Explicitně uvádí, že pacient, jemuž je kardiopulmonální resuscitace poskytnuta, má být v takovém stavu, kdy může být zachráněn. Vysvětlují, že kardiopulmonální resuscitace není vhodnou léčebnou metodou u pacientů, kde oběhová zástava ani smrt nejsou neočekávané, neboť pacient je v terminálním stavu.<sup>384</sup> Navzdory těmto rezervacím se kardiopulmonální resuscitace záhy stala zcela standardní univerzálně využívanou léčebnou metodou pacientů s oběhovou nebo dechovou zástavou.

Řada odborníků proto polemizovala s platností prosazujícího se předpokladu, že kardiopulmonální resuscitace by měla být univerzálně poskytovanou léčebnou metodou bez ohledu na individuální diagnózu a prognózu. Již na konci 60. let minulého století se objevují publikace upozorňující na nepříznivé následky provádění kardiopulmonální resuscitace u pacientů v terminálním stavu, kdy kardiopulmonální resuscitace nemá potenciál zachránit život takového pacienta, ale naopak prodlužuje proces umírání. Již v úvodu práce jsem zmiňovala případy z amerického prostředí tzv. „*show code*“ nebo „*Hollywood code*“, tedy kardiopulmonální resuscitace prováděné pouze na oko s cílem předcházet případným stížnostem ze strany pacientovy rodiny, že pacient nebyl v závěru života resuscitován, a byla mu tak upřena zdravotní péče, na níž měl nárok.<sup>385</sup>

V roce 1974 vydala American Medical Association jako vůbec první profesní lékařská organizace doporučení týkající se provádění kardiopulmonální resuscitace u pacientů s nevléčitelným onemocněním v terminálním stádiu. V doporučení uvádí:

---

<sup>384</sup> Jude, J. R. Elam, J. O. *Fundamental of Cardiopulmonary Resuscitation*. Philadelphia: F. A. Davis Company, 1965, str. 68.

<sup>385</sup> Do not resuscitate order after 25 years.

„Kardiopulmonální resuscitace není indikována v případě nevratného terminálního onemocnění, kdy oběhová zástava ani smrt nejsou neočekávané.“<sup>386</sup> Znovu tedy upozorňuje na skutečnost, že i kardiopulmonální resuscitace je léčebnou metodou s omezenou účinností a že je třeba důkladně zvažovat, zda má nebo nemá být pacientovi poskytnuta.

Diskuze o vhodnosti kardiopulmonální resuscitace se vždy odehrávala v rámci širší diskuze o tom, jak definovat marnou léčbu a o tom, zda existuje povinnost lékaře, který léčbu takto hodnotí, takovou léčbu poskytovat. American Medical Association k provádění kardiopulmonální resuscitace říká: „Protože jsou všechny pokusy o definici marné léčby zatíženy hodnotovými soudy, nemůže být dosaženo obecné shody o tom, v jakých případech se skutečně jedná o marnou léčbu. Proto doporučujeme, aby pozornost byla zaměřena na nastavení správného procesu rozhodování.“<sup>387</sup> Society of Critical Care Medicine Ethics Committee v konsenzuálním stanovisku ke kardiopulmonální resuscitaci jako marné, resp. nepřiměřené léčbě uvádí: „Léčba, u které je krajně nepravděpodobné, že bude pro pacienta prospěšná nebo jejíž přínos je nejistý, může být považována za nepřiměřenou, neměla by být pacientovi doporučována, ale neměla by být označována za marnou.“<sup>388</sup>

I v kontextu poskytování kardiopulmonální resuscitace se tak vracím k otázkám, jak rozhodovat o zahájení nebo nezahájení kardiopulmonální resuscitace, jaké jsou argumenty pro a proti zahájení, jaká kritéria mají být zvažována, do jaké míry se na rozhodování má podílet pacient nebo osoba oprávněná rozhodovat za pacienta nebo jaké mohou být případné následky rozhodnutí lékaře zahájit nebo nezahájit kardiopulmonální resuscitaci.

### 6.1.2 Úspěšnost kardiopulmonální resuscitace

Cílem kardiopulmonální resuscitace je obnovení spontánní srdeční činnosti tak, aby krevní oběh zajistil dostatečné prokrvení všech důležitých orgánů. Takto vymezený cíl kardiopulmonální resuscitace je cílem fyziologicky orientovaným. Nahlíží na pacienta jako na jeden izolovaný orgán, resp. orgánový systém, jehož patologii zahájením kardiopulmonální

---

<sup>386</sup> National Conference on CPR and Emergency Cardiac Care. Standards and guidelines for CPR and emergency cardiac care: medico-legal considerations and recommendations. *JAMA*. 1974, str. 864 – 868.

<sup>387</sup> Plows, C. V. Tenery, R. M. et al. Medical futility in end of life care. Report of Council on Ethical and Judicial Affairs. *JAMA*, 1999, str. 937 – 941.

<sup>388</sup> Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Consensus statement regarding futile and other possibly inadvisable treatment. *Crit Care Med*. 1997, 25, str. 887 – 891.



resuscitace lékař napravuje. V humánní medicíně je však třeba cíl léčby vymezit s ohledem na širší souvislosti, mimo jiné onu základní skutečnost, že kardiopulmonální resuscitace je léčbou poskytovanou konkrétnímu pacientovi jako celku, nikoliv jeho jednotlivému orgánu.

S ohledem na širší souvislosti poskytování kardiopulmonální resuscitace bývá proto rozlišena resuscitace primárně úspěšná a resuscitace celkově úspěšná. Primárně úspěšnou je taková kardiopulmonální resuscitace, díky níž je dosaženo obnovení spontánní srdeční aktivity a alespoň přechodně efektivního krevního oběhu. Celkově úspěšná kardiopulmonální resuscitace je hodnocena nejen s ohledem na obnovení srdeční aktivity, ale rovněž s ohledem na neurologické následky spojené se zástavou srdečního oběhu nebo jiné následky, které determinují zdravotní stav pacienta po provedené kardiopulmonální resuscitaci. Podle některých autorů má být úspěšnost kardiopulmonální resuscitace hodnocena s ohledem na možnost, aby byl pacient pro provedené resuscitaci propuštěn domů a zůstal soběstačný. Kardiopulmonální resuscitace, která má za následek závažný neurologický deficit, může být považována za primárně prospěšnou, z pohledu pacienta však za neprospěšnou, a proto celkově neúspěšnou.<sup>389</sup>

Jak primární, tak celková úspěšnost kardiopulmonální resuscitace závisí na mnoha faktorech, z nichž některé souvisí se zdravotním stavem pacienta, jiné s okolnostmi, za kterých k srdeční zástavě dojde a za kterých je kardiopulmonální resuscitace zahájena. European Resuscitation Council ve svém nejnovějším doporučení k provádění kardiopulmonální resuscitace uvádí: „Resuscitace u pacientů s náhlou srdeční zástavou je neúspěšná v 70 – 98 % případů. (...) V téměř 50 % případů, kdy pacient přežije resuscitaci, je přítomen neurologický deficit.“<sup>390</sup> Perbety ve své studii Cardiopulmonary resuscitation of adults in the hospital: a report of 14720 cardiac arrests from the National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation uvádí, že nejvyšší úspěšnost (medián úspěšnosti 70 %) má kardiopulmonální resuscitace provedená při zástavě srdce během srdečních katetrizací a na koronárních jednotkách. Na ostatních odděleních je úspěšnost řádově nižší. To je dáno především polymorbiditou pacientů a současným selháváním několika orgánových soustav. Primární úspěšnost kardiopulmonální resuscitace u těchto pacientů je 10 – 15 %, dlouhodobé přežití těchto pacientů lze předpokládat v 0 – 2 %

---

<sup>389</sup>Commission Centrale d'Éthique de l'ASSM. *Décision de réanimation. Directive et recommandations médico-éthiques*. 2007.

<sup>390</sup> European Resuscitation Council. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *The European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015*, str. 304.

případů. U pacientů v pokročilém stádiu onkologického onemocnění se primární úspěšnost kardiopulmonální resuscitace pohybuje okolo 0 – 1 %.<sup>391</sup>

### 6.1.3 Rozhodování o kardiopulmonální resuscitaci v české klinické praxi

Tato medicínská realita se však v klinické praxi dostává do střetu s vnímáním úspěšnosti kardiopulmonální resuscitace ze strany pacientů nebo spíše osob blízkých pacientovi a osob oprávněných za pacienta rozhodovat. V americkém prostředí byly v minulosti opakovaně provedeny průzkumy, které ukazují jednoznačně nerealistická očekávání laické veřejnosti v situacích, kdy je poskytována kardiopulmonální resuscitace. Murphy ve svém průzkumu uvádí, že americká laická veřejnost odhaduje úspěšnost kardiopulmonální resuscitace v 80 – 90 % případů.<sup>392</sup>

Ačkoliv v českém prostředí podobné průzkumy provedeny nebyly, lze předpokládat, že by i v našem prostředí byla očekávání podobně vysoká. I v českém prostředí nadále zůstává vžita představa, že kardiopulmonální resuscitace musí být poskytnuta každému umírajícímu pacientovi. Nezahájení resuscitace je naopak vnímáno jako postup *non lege artis*. Nerealistická očekávání ze strany osob blízkých pacientovi pak mohou vytvářet prostředí, v němž lékař zahajuje kardiopulmonální resuscitaci pouze jako ústupek tlaku, který je těmito osobami na lékaře vyvíjen.

V obecnější rovině uvedené miskoncepce vedou k zahajování kardiopulmonální resuscitace v situacích, kdy nelze předpokládat ani primární, ani celkovou úspěšnost, kdy kardiopulmonální resuscitace nemůže zachránit život pacienta, ale pouze jej navrací do procesu umírání, kdy provedení kardiopulmonální resuscitace působí pacientovi další diskomfort způsobený mimo jiné zraněními, která mohou být při kardiopulmonální resuscitaci

---

<sup>391</sup> Perbety, M. A. Kaye, W. Ornato, J. P. Larkin, G. L. Nadkarni, V. Mancini, M. E. Berg, R. A. Nichol, G. Lane-Truitt, T. Cardiopulmonary resuscitation of adults in the hospital: a report of 14720 cardiac arrests from the National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation. *Resuscitation*. 2003, 58(3), str. 297 – 308.

<sup>392</sup> Murphy, D. J. Burrows, D. et al. The influence of the probability of survival on patient's preference regarding cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med*. 1994, 330, str. 545 – 549. Srov. Diem, S. J. Lantos, J. D. Tulskey, J. A. Cardiopulmonary resuscitation on television Miracles and Misinformation. *N Engl J Med*. 1996, 334, str. 1578 – 1592.

způsobena,<sup>393</sup> k provádění předstírané, neúplné resuscitace pouze za účelem vyhnutí se případnému konfliktu.

Vedle těchto situací lze v klinické praxi vysledovat případy na opačné straně spektra, kdy rozhodování o nezahájení kardiopulmonální resuscitace probíhá bez jakékoliv komunikace s pacientem, osobami blízkými pacientovi nebo oprávněnými za pacienta rozhodovat nebo bez pravdivě vedených záznamů ve zdravotnické dokumentaci pacienta. Opakovaně v medicínské komunitě zaznívá informace, že do zdravotnické dokumentace nelze uvést, že pacient nebude resuscitován, neboť rozhodnutí pacienta neresuscitovat je protiprávní a vystavuje poskytovatele zdravotních služeb i jednotlivého zdravotnického pracovníka riziku právní odpovědnosti.

Sláma uvádí: „Řada závažných rozhodnutí byla nedostatečně dokumentována a zdůvodněna. Rozhodnutí o nezahájení KPR bylo provedeno v 51 % případů nepřímou formou označení stavu pacienta za terminální stav. (...) Přestože byl stav pacienta označen za terminální, nenalezli jsme u žádného pacienta přímé vyjádření o tom, že pacient v situaci oběhové zástavy nebude resuscitován. Označení „terminální stav“ v sobě implicitně obsahovalo rozhodnutí „pacient nebude resuscitován“. (...) U 37 % pacientů, kteří zemřeli bez KPR, jsme v dokumentaci našli zpětné zdůvodnění, že KPR nebyla zahájena, protože se jednalo o pacienta v terminálním stavu. (...) Ve 12 % úmrtí v dokumentaci zcela chybělo zdůvodnění, proč nebyla KPR zahájena.“<sup>394</sup>

Praxe dokumentovaná Slámou odráží vedle již zmíněných miskoncepcí rovněž nadále přetrvávající představu, že rozhodnutí o nezahájení resuscitace je rozhodnutím ryze medicínským a že posouzení indikace k provedení resuscitace nebo zvážení přínosu resuscitace pro pacienta může lékař provést sám, bez nutnosti zahrnout do rozhodovacího procesu pacienta nebo osobu oprávněnou za pacienta rozhodovat. V českém právním prostředí se objevují různé argumentační linky, které tuto představu podporují.

První z nich bývá formulována takto: „Resuscitace daného pacienta je kontraindikována. Zahájení resuscitace by bylo v rozporu s uznávanými medicínskými postupy, tedy *non lege artis*. Lékař může autoritativně rozhodnout o nezahájení resuscitace, neboť není povinen *non lege artis* léčbu poskytovat.“ Tato argumentace se zpravidla opírá o doporučené postupy

---

<sup>393</sup>European Resuscitation Council a Česká resuscitační rada. Doporučené postupy pro resuscitaci ERC 2015: Souhrn doporučení. *Urgentní medicína*. 2015, str. 31. Dostupné online na adrese: <https://www.resuscitace.cz/files/files/0/j79oh/um-mimoradne-2015-final-preview.pdf>.

<sup>394</sup>Klinické, etické a právní aspekty rozhodování o kardiopulmonální resuscitaci u terminálně onkologicky nemocných pacientů, str. 85 – 86.

k neodkladné resuscitaci vydané Odbornou společností urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP. Starší verze doporučení z roku 2004 uvádí:

*„Neodkladnou resuscitaci zahájíme vždy:*

*U akutního stavu, je-li zástava krevního oběhu zastížena včas, a **nejedná-li se o terminální stav nevléčitelně nemocného.** (...)*

*NR nezahájíme, jestliže: (...)*

*Nevléčitelně nemocný je v **terminálním stavu.** (...)*“

Tato verze doporučení byla nahrazena novou verzí z roku 2017, která uvádí:

*„Kontraindikace zahájení neodkladné resuscitace: (...)*

***Terminální stádium nevléčitelného chronického onemocnění.** (...)*“

Druhá argumentační linka bývá formulována takto: *„Resuscitace je u daného pacienta považována za léčbu marnou. Poskytování marné léčby je v rozporu s uznávanými medicínskými postupy, tedy non lege artis. Marnou léčbu není lékař povinen poskytovat a může autoritativně rozhodnout o jejím nezahájení nebo ukončení.“* V tomto případě se argumentace opírá o Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010, které (mimo jiné) uvádí: *„Léčebný postup, který nemůže zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt pacienta, není indikován a není proto zahajován. Takový postup by byl léčbou marnou či neúčelnou.“*<sup>395</sup>

Odlišná argumentace obhajující jednostranné rozhodování lékařů o zahájení nebo nezahájení resuscitace se opírá o ustanovení zákona o zdravotních službách k poskytování neodkladné péče. Ust. § 5 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách definuje neodkladnou péči jako péči, jejímž účelem je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví nebo způsobí náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí.

Resuscitaci lze ve světle této definice považovat za neodkladnou péči, neboť směřuje k zamezení náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život pacienta. Ust. § 38 odst. 3 písm.

---

<sup>395</sup> Článek 3 písm. e) Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli.

a) zákona o zdravotních službách v návaznosti stanoví, že neodkladnou péči lze pacientovi poskytnout i bez jeho souhlasu, a to za předpokladu, že jeho zdravotní stav neumožňuje, aby souhlas vyslovil, příp. za předpokladu, že pacient nevyslovil dříve vyslovené přání, které by vyjadřovalo nesouhlas pacienta s resuscitací. Ust. § 38 odst. 4 písm. b) zákona o zdravotních službách pak stanoví, že nezletilému pacientovi nebo pacientovi s omezenou svéprávností lze bez souhlasu poskytnout neodkladnou péči, pokud jde o konkrétní zdravotní služby, které jsou nezbytné k záchraně života nebo zamezení vážného poškození zdraví.

S odkazem na tato ustanovení může být argumentační linka formulována takto: „*Neodkladnou péči lze poskytovat bez souhlasu pacienta, resp. bez souhlasu zákonného zástupce nezletilého pacienta nebo bez souhlasu opatrovníka pacienta omezeného ve svéprávnosti, pokud je resuscitace nezbytná k záchraně života pacienta. Z povahy resuscitace jako neodkladné péče se vždy bude jednat o situaci, kdy lékař bude rozhodovat jednostranně. Jediným omezením v jeho rozhodnutí je požadavek na poskytování péče na náležité odborné úrovni.*“

#### 6.1.4 Zahraniční judikatura a odborná doporučení

Podobně jako jiným otázkám souvisejícím s poskytováním péče v závětu života byla i otázce resuscitace v zahraniční odborné diskuzi a rozhodovací praxi soudů věnována významná pozornost. Ve snaze ukázat způsob uvažování o tomto tématu v zahraničí a s cílem upozornit na problematické aspekty českého přístupu, na tomto místě zmiňuji pouze britskou judikaturu odkazující na judikaturu Evropského soudu pro lidská práva, britská odborná doporučení a odborná doporučení Evropské resuscitační rady. Ačkoliv připouštím, že takto zúžený výběr nemůže nabídnout komplexní komparativní analýzu, zůstávám přesvědčena, že zvolená judikatura a odborná doporučení zcela výstižně shrnují „západní“ způsob přemýšlení o otázce resuscitace a mohou být jednoznačným inspiračním zdrojem pro české právní prostředí.

Klíčovým rozhodnutím britské rozhodovací praxe k otázce rozhodování o neresuscitování pacienta v závěru života je rozhodnutí v případě *R (Tracey) v Cambridge University Hospital NHS Foundation*.<sup>396</sup> Skutkové okolnosti případu byly následující. Pacientce (63 let) byl diagnostikován karcinom plic. Dva týdny poté byla účastníkem silniční nehody. Utrpěla frakturu tří hrudních obratlů. Byla hospitalizována na jednotce intenzivní péče, byla připojena

---

<sup>396</sup>*R (Tracey) v Cambridge University Hospital NHS Foundation* [2014] EWCA Civ 822.

na umělou plicní ventilaci. Její zdravotní stav byl komplikován zápallem plic. Pacientka zůstávala při vědomí a svá přání stran poskytované zdravotní péče komunikovala prostřednictvím rukou psaných poznámek. Přála si, být informována o vývoji svého zdravotního stavu a explicitně uváděla, že si přeje být intenzivně léčena. Navzdory tomu ošetřující lékaři po konzultaci v lékařském konziliu s ohledem na terminální stádium karcinomu plic rozhodli o neresuscitování pacientky. O rozhodnutí neresuscitovat se dozvěděla dcera pacientky, která namítala protiprávnost rozhodnutí lékařů neresuscitovat pacientku, zejména s ohledem na skutečnost, že pacientka explicitně vyjádřila přání být intenzivně léčena.<sup>397</sup>

Odvolací soud uvedl, že jednostranné rozhodnutí o neresuscitaci bez zohlednění přání pacienta a bez zahrnutí pacienta nebo osob oprávněných za pacienta rozhodovat do rozhodovacího procesu, je v rozporu s článkem 8 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod, který garantuje ochranu soukromí člověka.<sup>398</sup>

Soudce Havers QC vysvětluje:

*„Článek 8 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod je v této situaci významným ustanovením, neboť se dotýká otázek souvisejících s poskytováním péče v závěru života, s tím, jak chce pacient strávit poslední dny svého života a tím, jak chce zemřít. Rozhodnutí o neresuscitování pacienta je rozhodnutím, které se dotýká jeho osobní autonomie, jeho tělesné a duševní integrity, jeho důstojnosti a kvality života. Dle ustálené rozhodovací praxe Evropského soudu pro lidská práva platí, že ačkoliv článek 8 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod nestanoví žádné konkrétní požadavky na proces rozhodování o poskytování péče v závěru života, vyžaduje, aby rozhodování bylo rovné, transparentní a aby byla v největší možné míře poskytnuta efektivní ochrana právu na respektování autonomie pacienta.“<sup>399</sup>*

V závěru odůvodnění rozsudku zdůrazňuje, že je bezpodmínečně třeba přijmout opatření, která zajistí, že pacient schopný vyjádřit svou vůli bude vždy zahrnut do rozhodovacího procesu. V případě, že pacient nebude schopen vyjádřit svou vůli, musí být do rozhodovacího procesu

---

<sup>397</sup> Srov. Etheridge, Z. Gatland, E. When and how to discuss “do not resuscitate” decisions with patients. *BMJ*. 2015, 350, str. 2640.

<sup>398</sup> Článek 8 Evropské úmluvy o ochraně lidských práva a základních svobod stanoví, že „každý má právo na respektování svého rodinného a soukromého života, obydlí a korespondence.“

<sup>399</sup> Para 29 rozhodnutí ve věci *R (Tracey) v Cambridge University Hospital NHS Foundation*.

zahrnuty osoby blízké pacientovi. Jedině tento postup, tedy zvážení otázky nezahájení resuscitace společně s pacientem nebo osobami blízkými pacientovi, může zajistit rovnost a transparentnost rozhodování.<sup>400</sup>

Vedle uvedeného se odvolací soud vypořádal také s otázkou zahájení resuscitace v případech, kdy je resuscitace lékařem hodnocena jako výkon bez jakékoliv reálné šance na úspěch. Odvolací soud připustil, že ryze fyziologicky futilní resuscitaci lékař není povinen provést, a to ani v případech, kdy by si to pacient nebo osoba rozhodující za pacienta přáli. I přesto však zdůrazňuje, že situace fyziologicky futilní resuscitace bez reálné šance na úspěch budou spíše ojedinělé, a je třeba důkladně dbát na odlišení těchto situací od situací, kdy lékař za pacienta rozhoduje na základě subjektivních hodnotových soudů. Pouze medicínská úvaha totiž náleží lékaři. Hodnotové úvahy však náleží vždy pacientovi nebo osobě rozhodující za pacienta.

V návaznosti na rozsudek odvolacího soudu ve věci *R (Tracey) v Cambridge University Hospital NHS Foundation* přijaly Resuscitation Council (UK), British Medical Association a Royal College of Nursing společné odborné doporučení k provádění kardiopulmonální resuscitace.<sup>401</sup>

Doporučení stanoví, že v případech, kdy existuje určitá šance na úspěch resuscitace, je třeba, aby pacient nebo osoby rozhodující za pacienta byly zahrnuty do rozhodovacího procesu. Zároveň, i v případech absence jakékoliv reálné šance na úspěch, musí existovat „silná presumpce“ ve prospěch komunikace s pacientem nebo osobou rozhodující za pacienta, tj. je třeba pacientovi nebo osobě za něj rozhodující vysvětlit, proč lékař zvažuje, že by resuscitace neměla být zahájena. V situacích bez jakékoliv reálné šance na úspěch resuscitace není třeba souhlasu pacienta k nezahájení resuscitace, neboť platí, že lékař není povinen resuscitaci za těchto okolností provést, a to ani v situaci, kdy by si ji pacient nebo osoba rozhodující za pacienta přáli.<sup>402</sup>

---

<sup>400</sup> Para 45 rozhodnutí ve věci *R (Tracey) v Cambridge University Hospital NHS Foundation*.

<sup>401</sup> British Medical Association, Resuscitation Council (UK), Royal College of Nursing. *Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation: a joint statement*. 2016. Dostupné online na adrese: <https://www.resus.org.uk/dnacpr/decisions-relating-to-cpr/>.

<sup>402</sup> “Even when CPR has no realistic prospect of success, there must be a presumption in favour of explaining the need and basis for a DNACPR decision to a patient, or to those close to a patient who lacks capacity. It is not necessary to obtain the consent of a patient or of those close to a patient to a decision not to attempt CPR that has no realistic prospect of success. The patient and those close to the patient do not have a right to demand treatment that is clinically inappropriate and healthcare professionals have no obligation to offer or deliver such treatment.”



Zásadní myšlenkou, kterou odvolací soud a následně také odborné doporučení zdůrazňují, je skutečnost, že rozhodování o nezahájení resuscitace je jen ojediněle rozhodováním ryze medicínským. I rozhodování o resuscitaci téměř vždy zahrnuje kromě medicínských úvah také úvahy hodnotové. I v případě rozhodování o resuscitaci proto lze jen obtížně obhájit závěr, že provedení resuscitace je léčbou marnou a neúčelnou (tedy alespoň v případech, kdy je závěr o marnosti léčby postaven např. na hodnocení kvality života pacienta apod.).

S argumentací vyjádřenou odvolacím soudem a odborným doporučením British Medical Association, Resuscitation Council (UK) a Royal College of Nursing zcela koresponduje odborné doporučení Evropské resuscitační rady, které mimo jiné říká, že kardiopulmonální resuscitace je invazivním postupem s nízkou pravděpodobností úspěchu, a neměla by být proto prováděna v marných případech. Upozorňuje však, že „*definovat marnost takovým způsobem, který by byl přesný, prospektivní a použitelný ve většině případů je nadměru obtížné. Rozhodnutí nezahajovat resuscitaci nevyžaduje souhlas pacienta ani jeho blízkých, kteří mají mnohdy nerealistická očekávání. Lékaři s rozhodovací pravomocí jsou však povinni konzultovat svoje rozhodnutí s pacientem nebo s jeho zástupcem, pokud není pacient schopen rozhodovat, a to v souladu s jasnými a transparentními pravidly*“.<sup>403</sup>

#### 6.1.5 Doporučení pro českou klinickou praxi

Před tím, než přistoupím k formulaci doporučení pro klinickou praxi, považuji za zcela zásadní vypořádat se nejprve s miskoncepcemi, které v českém prostředí zaznívají, totiž že

- a) kardiopulmonální resuscitace musí být poskytnuta vždy a každému pacientovi, její nezahájení je bez dalšího postupem *non lege artis*,
- b) poskytovatel zdravotních služeb musí vždy zahájit kardiopulmonální resuscitaci, resp. rozhodne-li, že kardiopulmonální resuscitaci nezahájí, musí tak učinit, aniž by jakákoliv informace byla zaznamenána do zdravotnické dokumentace pacienta, resp. do zdravotnické dokumentace nelze explicitně uvést informaci, že kardiopulmonální resuscitace nebude zahájena. Pokud má zdravotnická dokumentace obsahovat tuto

---

<sup>403</sup>European Resuscitation Council a Česká resuscitační rada. *Doporučené postupy pro resuscitaci ERC 2015: Souhrn doporučení*. Dostupné online na adrese: <https://www.resuscitace.cz/files/files/0/j79oh/um-mimoradne-2015-final-preview.pdf>.

informaci, je třeba zahrnout ji do obecnějšího označení poskytované péče (např. „BSC“, tedy „best supportive care“),

- c) poskytovatel může jednostranně rozhodnout o nezahájení kardiopulmonální resuscitace, neboť se jedná o rozhodování medicínské, které nepřísluší pacientovi nebo osobě rozhodující za pacienta, nýbrž především ošetřujícímu lékaři,
- d) poskytovatel může jednostranně rozhodnout o nezahájení kardiopulmonální resuscitace, neboť resuscitace je neodkladnou péčí, která je ze své povahy péčí, ke které se nevyžaduje souhlas pacienta ani jakékoliv zapojení pacienta do rozhodovacího procesu.

Všechna tato tvrzení je třeba odmítnout. V souvislosti s prvním tvrzením je třeba zdůraznit, že kardiopulmonální resuscitace je specifickým léčebným postupem, který má stejně jako jiné léčebné postupy svá medicínská pravidla, je hodnotitelný z hlediska pravděpodobnosti úspěchu a lze i v souvislosti s ním zvažovat potenciální přínos pro pacienta a možná rizika komplikace s ním spojené.

V souvislosti s druhým tvrzením je třeba zdůraznit, že mohou existovat právně relevantní důvody, pro které kardiopulmonální resuscitace nemusí být zahájena. Jedním z důvodů je odmítnutí kardiopulmonální resuscitace ze strany pacienta nebo osoby rozhodující za pacienta, druhým z důvodů je fyziologická futilita kardiopulmonální resuscitace, resp. nepřiměřenost kardiopulmonální resuscitace hodnocená v rámci rozhodovacího procesu, do něhož je zahrnut pacient nebo osoba rozhodující za pacienta. Rozhodovací proces, který vedl k rozhodnutí nezahájit kardiopulmonální resuscitaci, by měl být vždy podrobně zaznamenán do zdravotnické dokumentace pacienta.

K třetímu tvrzení je třeba uvést to, že i v souvislosti s kardiopulmonální resuscitací je třeba trvat na závěru vyjádřeném v kapitole 2, že rozhodování o marnosti, resp. přiměřenosti léčby je jen zřídka rozhodováním ryze medicínským. Velmi často je třeba zvážit kritéria nemedicínská. Proto je třeba trvat na tom, aby rozhodování probíhalo společně s pacientem nebo osobou rozhodující za pacienta. Ačkoliv lze s jistou dávkou cynismu připustit, že jednostranná rozhodnutí o nezahájení kardiopulmonální resuscitace s odůvodněním, že se jedná o marnou léčbu, mohou být *ex post* hodnocena jako rozhodnutí po právu, jsem i nadále přesvědčena, že tato skutečnost může vypovídat toliko o přetrvávajících paternalistických tendencích a nedostatku skutečného respektu k individualitě pacienta.

K poslednímu tvrzení je třeba uvést, že ačkoliv jistě v klinické praxi existují případy, kdy kardiopulmonální resuscitace je poskytována neodkladně a bez souhlasu pacienta, neboť nebylo možné potřebu poskytnutí resuscitace předvídat, protože k srdeční zástavě u pacienta došlo nečekaně, v kontextu poskytování péče v závěru života je situace výrazně odlišná, neboť potřeba poskytnutí kardiopulmonální resuscitace je zpravidla očekávaná, a lze tak její poskytnutí zvažovat dopředu a rozhodnutí činit společně s pacientem.

S ohledem na tato východiska a odkazem na závěry vyplývající ze zahraniční rozhodovací praxe a zahraničních odborných doporučení lze dle mého formulovat následující doporučení pro klinickou praxi.

1. Jako zásadní se mi jeví požadavek, aby rozhodování o zahájení nebo nezahájení kardiopulmonální resuscitace probíhalo vždy v co největší možné míře transparentně, v souladu s předem stanoveným postupem poskytovatele zdravotních služeb. Pouze transparentní rozhodovací proces může eliminovat případy nahodilého rozhodnutí o zahájení nebo nezahájení kardiopulmonální resuscitace a nedůvěru ze strany osob rozhodujících za pacienta, případně další osob blízkých vedoucí k využití právních nástrojů přezkumu správnosti postupu poskytovatele zdravotních služeb a jednotlivého zdravotnického pracovníka.
2. Otázka zahájení nebo nezahájení kardiopulmonální resuscitace by měla být diskutována co nejdříve. Včasná diskuze s pacientem nebo osobou rozhodující za pacienta může eliminovat případy, kdy rozhodnutí o zahájení nebo nezahájení kardiopulmonální resuscitace bude probíhat bez předchozí úvahy v režimu neodkladnosti.
3. Rozhodnutí o zahájení nebo nezahájení kardiopulmonální resuscitace by mělo být pravidelně reevaluováno tak, aby rozhodnutí vždy nejlépe odpovídalo aktuálnímu zdravotnímu stavu pacienta.
4. Pacient nebo osoba rozhodující za pacienta by vždy měli být zavzati do rozhodovacího procesu. Rozhodnutí o zahájení nebo nezahájení resuscitace by mělo probíhat v rámci nastavování individuálního léčebného postupu, resp. v rámci stanovení dlouhodobějšího plánu péče. Jako vhodné se mi jeví diskutovat otázku zahájení nebo nezahájení resuscitace v širším kontextu cílů péče, jež má být pacientovi poskytována.

5. Pokud ošetřující lékař kardiopulmonální resuscitaci hodnotí jako fyziologicky futilní, jeví se jako zásadní, aby jeho úvaha byla průkazně, pravdivě a čitelně zaznamenána do zdravotnické dokumentace pacienta, a aby o rozhodnutí ne zahájit kardiopulmonální resuscitaci byly informovány osoby rozhodující za pacienta, příp. jiné osoby blízké pacientovi.
6. Fyziologicky futilní kardiopulmonální resuscitaci je třeba odlišit od kardiopulmonální resuscitace, kterou ošetřující lékař může hodnotit jako nepřiměřenou. Nepřiměřenost léčby by měla být předmětem rozhovoru mezi ošetřujícím lékařem a pacientem, případně osobou rozhodující za pacienta. Rozhodnutí o ne zahájení kardiopulmonální resuscitace, kterou ošetřující lékař hodnotí jako nepřiměřenou, by nemělo být jednostranným rozhodnutím lékaře, neboť hodnocení léčby jako léčby nepřiměřené předpokládá úvahu také o otázkách nikoliv medicínských.
7. Rozhodovací proces, včetně důvodů pro hodnocení kardiopulmonální resuscitace jako nepřiměřené léčby, by měl být důkladně zaznamenán do zdravotnické dokumentace, a to včetně závěru rozhodovacího procesu, zda má být kardiopulmonální resuscitace zahájena, nebo nikoliv.
8. Pokud pacient s poskytnutím kardiopulmonální resuscitace nesouhlasí, jeví se jako žádoucí, aby takové přání pacienta bylo sepsáno jako dříve vyslovené přání ve smyslu § 36 zákona o zdravotních službách, v ideálním případě ve formě stanovené v § 36 odst. 3 zákona o zdravotních službách. Je-li dříve vyslovené přání sepsáno v této formě, je závazné pro všechny poskytovatele zdravotních služeb a musí být respektováno. V případě, kdy je pacient, který sepsal dříve vyslovené přání v této formě, překládán na jiné oddělení, jiné pracoviště poskytovatele nebo předán do péče jiného poskytovatele, je třeba zajistit předání této informace tak, aby byla zajištěna odpovídající návazná péče.
9. Předem definovaný způsob rozhodování o zahájení nebo ne zahájení kardiopulmonální resuscitace v rámci konkrétního poskytovatele zdravotních služeb by měl být vnímán jako nezbytná součást povinnosti poskytovatele zdravotních služeb zajistit kvalitu a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb stanovenou § 47 odst. 3 zákona o zdravotních službách.

## 6.2 Deaktivace implantabilního kardioverteru-defibrilátoru

### 6.2.1 Indikace k implantaci kardioverteru-defibrilátoru

Implantabilní kardioverter-defibrilátor představuje kardiovaskulární implantabilní elektronický přístroj, jehož implantace je zpravidla indikována u pacientů v rámci primární a sekundární prevence náhlé srdeční smrti způsobené arytmiemi nebo fibrilací srdečních komor. Počet pacientů, jimž byl implantován kardioverter-defibrilátor, narůstá. V roce 2018 bylo v České republice implantováno 4 278 kardioverterů-defibrilátorů.<sup>404</sup>

Kardioverter-defibrilátor funguje tak, že nepřetržitě sleduje srdeční aktivitu a v případě, že zaznamená život ohrožující srdeční rytmus, zahájí elektrickou léčbu – rychlou stimulaci srdce, výboj o nízké energii nebo výboj o vysoké energii. Výboj o vysoké energii je pro pacienta bolestivý, bývá vnímán jako „kopnutí do hrudníku“. Je-li pacientovi v závěru života ponechán kardioverter-defibrilátor se všemi jeho funkcemi, mohou opakované výboje vést k prodloužení umírání pacienta nebo zhoršovat kvalitu života pacienta, a to právě s ohledem na bolest, kterou výboje pacientovi mohou způsobovat.<sup>405</sup>

### 6.2.2 Přiměřenost léčby kardioverterem-defibrilátorem

Za rozhodnutím deaktivovat kardioverter-defibrilátor tak zpravidla stojí úvaha o tom, zda je léčba poskytovaná pacientovi v závěru života prostřednictvím tohoto přístroje léčbou přiměřenou nebo naopak, zda pacientovi přináší spíše diskomfort nebo jinou formu strádání, kterou si pro sebe pacient nepřeje, resp. by si pro sebe nepřál, mohl-li by svou vůli vyjádřit.

---

<sup>404</sup> Vývoj počtu ICD výkonů v ČR: 2009 – 2018. Národní kardiologický registr KARDIO-ICD.

<sup>405</sup> Gřiva, M. et al. *Doporučení pro deaktivaci implantabilních kardioverterů-defibrilátorů u pacientů v terminální fázi života*. Společný dokument odborných společností: České kardiologické společnosti, z. s. České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP, České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP. *Cor Vasa* 2019, 61, str. e238 – e244 (dále citováno jako „Doporučení pro deaktivaci implantabilních kardioverterů-defibrilátorů u pacientů v terminální fázi života“).

Odborná etická literatura v této souvislosti vyzdvihuje právo pacienta na důstojné umírání oproštěné v co největší možné míře od terapeutických výkonů zvyšujících stres, bolest a úzkost umírajícího pacienta a zdůrazňuje potřebu nahlížet na pacienta v jeho celistvosti, nikoliv jako jednotlivé orgány, jejichž patologii lékař léčí.<sup>406</sup> I v souvislosti s otázkou deaktivace implantabilního kardioverteru-defibrilátoru se nabízí širší úvaha o přiměřenosti, resp. nepřiměřenosti léčby pacienta v závěru života.

Ačkoliv v zemích západního světa panuje obecná shoda na tom, že kardioverter-defibrilátor lze deaktivovat, podobně jako lze ukončit jinou formu kontinuální přístrojové podpory, v českém právním prostředí i nadále přetrvává obava lékařů z protiprávnosti takového postupu. I nadále se lze setkat s názory, že deaktivace kardioverteru-defibrilátoru je aktivní eutanázií. Deaktivace tak mnohdy probíhá „ve skrytu“.

Krejčíková ve své úvaze o právní dovolenosti deaktivace kardioverteru-defibrilátoru rozlišuje situace, kdy k deaktivaci dochází na přání pacienta, a kdy je k ní přistoupeno z důvodu, že další kardiologická léčba prostřednictvím kardioverteru-defibrilátoru je lékařem považovaná za marnou léčbu. V souvislosti s první situací odkazuje na § 34 odst. 3 zákona o zdravotních službách, který stanoví, že souhlas s poskytováním zdravotních služeb lze odvolat pouze v případě, že ještě nebylo započato s prováděním zdravotního výkonu, jehož přerušeni může vážně poškodit zdraví pacienta nebo způsobit smrt. Pokud by po deaktivaci došlo k arytmií, která by vzhledem k deaktivaci nebyla rozpoznána a nebylo by na ni reagováno, byla by deaktivace kardioverteru-defibrilátoru považována právě za toto zákonem nedovolené přerušeni kontinuální péče. Podobně argumentuje rovněž odkazem na § 36 odst. 5 písm. b) zákona o zdravotních službách, který zakazuje respektovat dříve vyslovené přání, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti. Uzavírá, že deaktivaci kardioverteru-defibrilátoru na přání pacienta nelze doporučit, že by se však o zcela odlišnou situaci jednalo v okamžiku, kdy by na základě přání pacienta nebyl po přirozeném vyčerpání baterie implantován nový přístroj. Takový postup by naopak byl zcela v souladu s právem.

---

<sup>406</sup> Wilkoff, B. L. Auricchio, A. Brugada, J. et al. HRS/HRA expert consensus on the monitoring of cardiovascular implantable electronic devices (CIEDs): description of techniques, indications, personnel, frequency and ethical considerations. *Europace*. 2008, 10 str. 707 – 725. Srov. Council of Europe. *Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations*.

V souvislosti s druhou situací pak odkazuje na právo pacienta na poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni zakotvené v § 28 zákona o zdravotních službách a definici marné a neúčelné léčby definované v doporučení ČLK, které uvádí, že „*marná a neúčelná léčba není v zájmu pacienta, nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbytečným strádáním či rizikem komplikací, (...) proto nemá být poskytována*“.<sup>407</sup> Zde uzavírá, že s ohledem na požadavek poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni může být deaktivace kardioverteru-defibrilátoru postupem po právu.<sup>408</sup>

### 6.2.3 Deaktivace kardioverteru-defibrilátoru

Se závěry Krejčíkové naznačenými shora se neztotožňuji. Jsem přesvědčena, že i v kontextu rozhodování o deaktivaci kardioverteru-defibrilátoru platí, že pacient má právo kdykoliv svůj souhlas odvolat, resp. vyjádřit nesouhlas s dalším pokračováním léčby (i kontinuální přístrojové podpory) a takové rozhodnutí je třeba respektovat. Na další pokračování léčby bez souhlasu pacienta je třeba nahlížet jako na neoprávněný zásah do integrity pacienta. I v kontextu rozhodování o deaktivaci kardioverteru-defibrilátoru platí rovněž závěr vyjádřený opakovaně v této práci, že nepřiměřenost léčby (resp. marnost a neúčelnost léčby slovy doporučení ČLK) není kategorií ryze medicínskou, objektivní. Nelze tedy bez dalšího argumentovat, že léčba prostřednictvím kardioverteru-defibrilátoru může být ukončena na základě rozhodnutí lékaře, bez souhlasu pacienta, pokud lékař léčbu hodnotí jako pro pacienta nepřiměřenou. Otázka nepřiměřenosti léčby, toho, zda léčba pacientovi působí bolest, diskomfort nebo strádání, které si pro sebe pacient nepřeje, je otázkou, kterou má zodpovědět primárně pacient, nikoliv lékař.

Doporučení pro deaktivaci implantabilních kardioverterů-defibrilátorů u pacientů v terminální fázi života z mého pohledu velmi výstižně uvádí: „*Odnímání nebo nenasazování přístrojové podpory je v medicíně podmíněno především aktuálním cílem péče. (...) Tím, že žijeme v pluralistické společnosti, nelze očekávat, že jsou cíle péče automaticky shodné, nebo alespoň velmi podobné u velké části populace. Proto je nutné, aby byl cíl péče s konkrétním pacientem vždy objasněn. (...) Z toho tedy plyne, že léčebné postupy, které nesměřují k naplnění cíle péče*

---

<sup>407</sup> Článek 4 písm. f) Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli.

<sup>408</sup> Krejčíková, H. Deaktivace implantabilního defibrilátoru (ICD). In: Gríva, M. et al. *Paliativní péče v kardiologii*. Praha: Triton, 2018.



*definované pacientem, by neměly být součástí poskytované zdravotní péče. Tím se z etického hlediska vytrácí rozdíl mezi nenasazením a odnětím terapie.<sup>409</sup> To platí i o odnímání kontinuální podpory životních funkcí.<sup>410</sup>*

Podrobněji jsem se otázkou ukončování kontinuální přístrojové podpory zabývala v kapitole 3 a na tomto místě na ni odkazuji. Zde pouze připomínám své přesvědčení, že absentují přesvědčivé právní argumenty pro rozlišení nezahájení a ukončení život udržující léčby, včetně přístrojové orgánové podpory, a je proto zcela v souladu s právem deaktivovat také implantabilní kardioverter-defibrilátor.

## 6.3 Paliativní sedace

### 6.3.1 Definice paliativní sedace

Belgičtí autoři za paliativní sedaci označují „*vyvolání úplné ztráty vědomí terminálně nemocného pacienta prostřednictvím přerušovaného nebo nepřetržitého užívání léků se souhlasem pacienta, protože neexistoval jiný způsob, jak získat kontrolu nad refrakterními symptomy onemocnění pacienta*“.<sup>411</sup> Heřmanová paliativní sedaci definuje jako „*stav, kdy se pomocí intravenózně podávaných léků snižuje vědomí pacienta od mírného stupně, kdy je pacient schopen reagovat na slovní a fyzické podněty, až do stavu úplného bezvědomí*“.<sup>412</sup> Sláma nabízí odlišnou definici, uvádí: „*Paliativní sedaci označujeme farmakologické utlumení pacienta s cílem zmírnit refrakterní symptomy a dosáhnout komfortu umírajícího pacienta. Hloubka sedace je vždy individuální a závisí na intenzitě symptomů a celkovém klinickém kontextu. U některých pacientů je třeba pacienta utlumit až do hloubky soporu-komatu.*“<sup>413/414</sup>

---

<sup>409</sup>Jox, R. J. Entscheidungen über lebensverlängernde Maßnahmen. In: Marckman G, et al. *Praxisbuch Ethik in der Medizin*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2018, str. 140.

<sup>410</sup> Doporučení pro deaktivaci implantabilních kardioverterů-defibrilátorů u pacientů v terminální fázi života, str. e239.

<sup>411</sup> Claessens, P. Genbrugge, E. Vannuffelen, R. Broeckaert, B. Schozsmans, P. Menten, J. Palliative Sedation and Nursing: The Place of Palliative Sedation Within Palliative Nursing Care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2007, 9(2), str. 103.

<sup>412</sup> Heřmanová, J. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada), 2012, str. 186.

<sup>413</sup> Sláma, O. Pochop, L. Náležinská, M. Alexandrová, R. *Doporučený postup paliativní péče v MOÚ*. 2016, str. 16.

<sup>414</sup> Davis, M. Does Palliative Sedation Always Relieve Symptoms? *Journal of Palliative Medicine*. 2009, 12(10), str. 875.

Odborná literatura tedy paliativní sedaci (v obecné rovině) považuje za formu symptomové terapie spočívající v podání léků, které vede k utlumení vědomí pacienta. Cílem podání léků je zmírnění symptomů, které jsou spojeny s onemocněním pacienta a v závěru života mohou pacientovi způsobovat utrpení. Cílem paliativní sedace není zkrácení života pacienta. Nejčastější indikací k paliativní sedaci jsou refrakterní potíže fyzického charakteru, tedy fyzické bolesti, nevolnosti, delirium nebo dušnost.<sup>415</sup> Takto vymezená definice paliativní sedace plně koresponduje s vymezením podstaty paliativní péče v zákoně o zdravotních službách, který stanoví, že účelem paliativní péče je „*zmírnění utrpení pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí*“.<sup>416</sup>

Mnozí autoři zdůrazňují potřebu upřednostnění termínu paliativní (příp. terapeutická) sedace před jinými termíny, v minulosti se objevujícími v odborné literatuře, např. před termínem terminální sedace, příp. terminální tišení bolesti. Upozorňují na negativní konotace označení paliativní sedace za sedaci terminální. Argumentují, že takovéto označení může být chápáno v tom smyslu, že paliativní sedace má za cíl „terminaci“, tedy ukončení života pacienta.

V odborné i laické veřejnosti pak nedostatečné vyjasnění terminologie může vést k nedostatečně eticky a právně reflektované diskuzi o rozdílu mezi paliativní sedací a eutanázií.<sup>417</sup> Mnohokrát přitom bylo v odborné literatuře zdůrazňováno, že paliativní sedace skutečně nemá za cíl ukončení života pacienta, ani uspíšení příchodu smrti pacienta. Odborné studie ukazují, že správně indikovaná a správně provedená paliativní sedace tento efekt ani nemá.<sup>418</sup>

---

<sup>415</sup> Evropská asociace paliativní péče (dále jen jako „EAPC“) upozorňuje na odlišné typy sedace, resp. na odlišnost sedace spočívající v odlišném klinickém kontextu. „*Sedation is used in palliative care in several settings: (1) transient sedation for noxious procedure, (2) sedation as part of burn care, (3) sedation used in end of life weaning from ventilator support, (4) sedation in the management of refractory symptoms at the end of life, (5) emergency sedation, (6) respite sedation, (7) sedation for psychological or existential suffering.*” European Association for Palliative Care recommended Framework for the use of sedation in palliative care. *Palliative Medicine*. 2009, 23(7), str. 581 – 593.

<sup>416</sup> Ust. § 5 odst. 2 písm. h) zákona o zdravotních službách.

<sup>417</sup> Srov. Delden, J. J. M. Terminal sedation: source of a restless ethical debate. *Journal of Medical Ethics*. 2007, 4, str. 187 – 188. Commission of the Bishops' Conferences of the European Community. *Opinion of the working group on ethics in research and medicine on palliative care in the European Union*. 2016. Str. 14 – 15.

<sup>418</sup> Claessens, P. Menten, J. Schotsmans, P. Broeckaert, B. Palliative sedation: a review of the research literature. *J Pain Symptom Manage*. 2008, 36, str. 310 – 330. Rietjens, J. A. van Zuylen, L. van Veluw, H. van der Wijk, L. van der Heide, A. van der Rijt, C. C. Palliative sedation in a specialized unit for acute palliative care in a cancer hospital: comparing patients dying with and without palliative sedation. *J Pain Symptom Manage*. 2008, 36, str. 228 – 234. Stone, P. Phillips, C. Spruyt, O. Waight, C. A comparisons of the use of sedatives in a hospital support team and in a hospice. *Palliat Med*. 1997, 11(2), str. 140 – 144. Sykes, N. Thorns, A. Sedative use in the last week of life and the implications for end of life decision making. *Arch Intern Med*. 2003, 163, str. 341 – 344. Morita, T. Chinone, Y. Ikenaga, M. et al. Efficacy and safety of palliative sedation therapy: a multicenter, prospective,

### 6.3.2 Paliativní sedace jako postup na náležitě odborné úrovni

V českém právním prostředí je paliativní sedace vnímána jako legitimní terapie, která je plně v souladu s právem. Stolínová a Mach uvádí, že „lékař, který účinně se souhlasem pacienta tiší bolest, postupuje *lege artis*, v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy, odborně a v souladu s etikou lékařského povolání“.<sup>419</sup> Ptáček a kolektiv argumentují: „Postup, kterým se při zvyšování dávek zvyšuje i riziko zkrácení života, je plně v souladu s právem a nemůže vyvolávat obavy z právní odpovědnosti. Zde je totiž prioritní snaha o zmírnění utrpení a nelze předpokládat úmysl ukončit život pacienta. Je-li taková aplikace, byť s rizikem indikována, nejedná lékař protiprávně.“<sup>420</sup> Šustek zdůrazňuje, že byť by jednání lékaře mohlo být kvalifikováno jako jednání v „určité příčinné souvislosti se smrtí pacienta“, nemůže být považováno za protiprávní, neboť uspíšení smrti je zde „relativně těžko kvantifikovatelné, nastala by totiž v brzké době tak jako tak, takže kauzální pouzo mezi jednáním lékaře a smrtí není pro založení odpovědnosti dostatečně silné“.<sup>421</sup>

Citovaní autoři prosazují myšlenku, že paliativní sedace představuje zcela standardní součást péče o pacienta v závěru života, která má svá medicínská pravidla. Lze ji tedy hodnotit s ohledem na požadavek poskytování zdravotních služeb na náležitě odborné úrovni. Je-li paliativní sedace prováděna v souladu s pravidly vědy a uznávanými medicínskými postupy, s ohledem na individualitu pacienta, dle konkrétních podmínek a objektivních možností ve smyslu § 4 odst. 5 zákona o zdravotních službách, jedná se o postup zcela v souladu s právem.

Tento přístup v zásadě odpovídá přístupu zahraničnímu. Zdůrazňuje to, co zdůrazňují mnozí zahraniční autoři a mnohá odborná doporučení. Opírá se o základní požadavek na podobu péče o nevléčitelně nemocného a umírajícího pacienta vyjádřený v Etickém kodexu ČLK, který uvádí: „Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být

---

observational study conducted on specialized palliative care units in Japan. *J Pain Symptom Manage.* 2005, 30, str. 320 – 328.

<sup>419</sup> Právní odpovědnost v medicíně, str. 260 – 261.

<sup>420</sup> Ptáček, R. Bartůněk, P. a kol. *Eutanázie – pro a proti.* Grada Publishing: Praha, 2012, str. 133.

<sup>421</sup> Zdravotnické právo, str. 559.

*cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.*<sup>422</sup>

### *6.3.3 Kontroverze spojené s prováděním paliativní sedace*

Jak nicméně vyplývá z obsáhlé (zejména etické) zahraniční literatury, provádění paliativní sedace není zcela bez kontroverzí, jak by se dle české odborné literatury mohlo zdát, také v českém klinickém prostředí je přítomna diskuze (mimo jiné) o rozdílu mezi paliativní sedací a eutanázií, o indikaci paliativní sedace u pacientů trpících v závěru života existenciální bolestí (resp. existenciální úzkostí) nebo o požadavku na provedení paliativní sedace výhradně se souhlasem pacienta.

Otázka existence rozdílu mezi paliativní sedací a eutanázií a otázka požadavku na provedení paliativní sedace se souhlasem pacienta byla již řešena také v odborné právní literatuře a na půdě některých národních i nadnárodních soudů. Na tyto dvě otázky se proto zaměřím v následující části práce, neboť mám za to, že se jedná o otázky, k nimž se i právo může relevantním způsobem vyjádřit. Úvahu o indikaci paliativní sedace u pacientů trpících existenciální bolestí pro tuto chvíli ponechávám stranou, neboť se dle mého soudu jedná o otázku spadající spíše do domény úvah etických, resp. filosofických a spirituálních, a právo se k ní vyjádřit nemůže, aniž by se dopustilo hrubého zploštění této problematiky.

#### ***Odlišení paliativní sedace a eutanázie***

Z pohledu zahraniční právní literatury zásadní rozdíl mezi paliativní sedací a eutanázií spočívá v cíli, následku těchto postupů a příčině úmrtí pacienta. Zatímco cílem poskytnutí paliativní sedace je zmírnění utrpení umírajícího pacienta, cílem eutanázie je usmrcení pacienta. Potenciál paliativní sedace spočívá v možnosti snížit vědomí pacienta, a to v různé míře a na různě dlouhé období, eutanázie však směřuje přímo k usmrcení pacienta.

Zatímco paliativní sedace nezkracuje život pacienta a pacient umírá v důsledku progresu svého nevléčitelného onemocnění, případně v důsledku progresu komplikace spojené s jeho

---

<sup>422</sup> Ust. § 2 odst. 7 Etického kodexu ČLK.

základním nevyлéčitelným onemocněním, eutanázie život pacienta zkracuje významně a pacient neumírá v důsledku svého onemocnění, ale v důsledku podání smrtelné dávky léčiva.

Mnohé další rozdíly pak lze vysledovat a pojmenovat v prostředí, kde je eutanázie explicitně legislativně definována a regulována. Například nizozemské odborné doporučení k provádění paliativní sedace uvádí, že zásadní rozdíly mezi paliativní sedací a eutanázií je třeba spatřovat v indikaci, v medicínském provedení, dávkování léčiva, požadavku souhlasu pacienta, požadavku konzultace postupu s jiným lékařem a způsobu kontroly provedení těchto postupů.

Paliativní sedace jako náležitě odborný postup je indikována v případě, kdy pacient trpí refrakterními potížemi fyzického charakteru, které jsou spojené s jeho onemocněním. Eutanázii lze provést výhradně za podmínek stanovených zákonem (tyto se mohou lišit). Paliativní sedace se provádí titrovaným dávkováním. Provedení eutanázie spočívá v podání nadměrné dávky léčiva, tedy v rychlém předávkování pacienta způsobujícím jeho smrt. Paliativní sedaci lze provést se souhlasem pacienta v režimu zcela identickém jako v jiných případech poskytování zdravotních služeb. Eutanázii lze provést výhradně na žádost pacienta, aktivita pacienta v tomto ohledu je nepostradatelnou náležitostí procesu rozhodování o provedení eutanázie. Paliativní sedaci může provést lékař na základě svého klinického úsudku, aniž by musel konzultovat jiného lékaře. Eutanázii lze provést vždy až po konzultaci s jiným nezávislým lékařem. Provedení eutanázie nadto podléhá ex post kontrole, provedení eutanázie tedy musí být ohlášeno příslušnému orgánu, který proces rozhodnutí o provedení eutanázie přezkoumá z hlediska naplnění zákonných požadavků. Provedení paliativní sedace žádnému ohlášení a ex post přezkoumání nepodléhá.<sup>423</sup>

V českém právním prostředí prozatím chybí hlubší diskuze k rozlišení těchto postupů. Zdá se, že diskuze o legalizaci eutanázie pravidelně přehluší diskusi o nutnosti důkladného rozlišování těchto postupů. Často také v diskusi o legalizaci eutanázie zaznívá názor, že eutanázie už je přeci dávno v českém klinickém prostředí prováděna, není proto důvodu bránit její legalizaci. Právě tato prohlášení vystihují hrubé nepochopení odlišnosti paliativní sedace a eutanázie, a je proto třeba je odmítnout.

### ***Souhlas pacienta k provedení paliativní sedace***

---

<sup>423</sup> KNMG Guideline for Palliative Sedation, 2009.

Je-li paliativní sedace považována za součást zdravotní péče, tedy za zdravotní výkon, který zdravotnický pracovník provádí u konkrétního pacienta, pak v souladu s § 28 odst. 1 zákona o zdravotních službách nutně musí platit, že paliativní sedaci lze poskytnout pouze na základě svobodného a informovaného souhlasu pacienta. Spočívá-li paliativní sedace v podání léků pacientovi s cílem zmírnit symptomy, které jsou spojeny s jeho onemocněním, není zde naplněna jakákoliv zákonná výjimka, která by umožňovala provedení paliativní sedace bez souhlasu pacienta, příp. osoby oprávněné rozhodovat za pacienta.

Dle § 38 odst. 3 zákona o zdravotních službách platí, že pacientovi lze bez jeho souhlasu poskytovat pouze neodkladnou péči, a to v případě, kdy pacient s ohledem na zdravotní stav nemůže vyslovit souhlas nebo v případě léčby vážné duševní poruchy, pokud by v důsledku jejího neléčení došlo se vši pravděpodobností k vážnému poškození zdraví pacienta. Je-li neodkladná péče zákonem o zdravotních službách definována jako péče, jejímž účelem je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta ohrožujícího sebe nebo své okolí, lze si jen velmi obtížně představit situaci, kdy by paliativní sedace měla být poskytována jako neodkladná péče.

Je tedy z mého pohledu naprosto zřejmé, že k provedení paliativní sedace je vždy třeba získat souhlas pacienta nebo osoby, která je za pacienta oprávněna rozhodovat. Bez tohoto souhlasu se bude jednat o neoprávněný zásah do integrity pacienta.

K obdobnému závěru v kontextu poskytování zdravotních služeb nezletilému pacientovi dospěl Evropský soud pro lidská práva ve věci *Glass v. Spojené království*. Soud se zde zabýval otázkou zahájení paliativní sedace navzdory nesouhlasu matky nezletilého pacienta, otázkou, zda tímto postupem došlo k neoprávněnému zásahu do tělesné integrity pacienta a zda tím byl porušen článek 8 Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod. Uvedl: „*Rozhodnutí poskytnout léčbu navzdory námitkám matky pacienta je třeba považovat za porušení práva nezletilého pacienta na ochranu soukromí, a zcela konkrétně práva na ochranu jeho tělesné integrity.*“<sup>424</sup> Na tomto místě odkázal na odůvodnění svých předešlých rozhodnutí ve věci *X a*

---

<sup>424</sup> „*The Court considers that the decision to impose treatment on the first applicant in defiance of the second applicant's objections gave rise to an interference with the first applicant's right to respect for his private life, and in particular his right to physical integrity (on the latter point, see, mutatis mutandis, X and Y v. the*

*Y v. Nizozemsko*,<sup>425</sup> *Pretty v. Spojené království* a *Y. F. v. Turecko*.<sup>426</sup> Rovněž zdůraznil, že v situaci řešené v tomto případě nelze argumentovat, že podání sedativ bylo jednáním v nouzi, že bylo postupováno v nejlepším zájmu nezletilého pacienta a že k takovému poskytnutí zdravotních služeb se souhlas zákonného zástupce nezletilého pacienta nevyžaduje. Soud opakovaně uvedl, že tímto způsobem argumentovat nelze a že skutečnost, že lékaři postupovali způsobem, který považovali za postup v nejlepším zájmu dítěte, nezabavuje poskytovatele a jeho lékaře povinnosti získat souhlas zákonného zástupce.<sup>427</sup>

---

*Netherlands, judgment of 26 March 1985, Series A no. 91, p. 11, § 22; Pretty v. the United Kingdom, no. 2346/02, §§ 61 and 63, ECHR 2002-III; and Y.F. v. Turkey, no. 24209/94, § 33, 22 July 2003).*"

<sup>425</sup> Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva za dne 26. 3. 1985, *X a Y v. Nizozemsko*, stížnost č. 8978/80.

<sup>426</sup> Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ze dne 22. 7. 2003, *Y. F. v. Turecko*, stížnost č. 24209/94.

<sup>427</sup> "It is to be noted that the Government have also laid emphasis on their view that the doctors were confronted with an emergency (which is disputed by the applicants) and had to act quickly in the best interests of the first applicant. However, that argument does not detract from the fact of interference. It is, rather, an argument which goes to the necessity of the interference and has to be addressed in that context."



## 7 Kazuistiky

V závěrečné části práce se věnuji právní analýze kazuistik. Cílem této části je demonstrovat, jakým způsobem mohou být právní závěry vyjádřené v předešlých kapitolách práce aplikovány na reálné případy z klinické praxe. Zároveň je mým cílem upozornit na přetrvávající miskoncepce, které v klinické praxi opakovaně zaznívají.

### 7.1 Ukončení farmakologické podpory oběhu

*86letá pacientka, u které bylo před 10 měsíci diagnostikováno nejasné onemocnění pojiva typu vaskulitidy postihující cévy pravé paže bez možnosti kauzální léčby, byla přijata na JIP chirurgické kliniky pro septický stav při infekci měkkých tkání pravé paže. Vstupně byla pacientka vzhledem k septickému stavu hemodynamicky nestabilní, byla zahájena farmakologická podpora oběhu. Jako jediné řešení, které mohlo potenciálně vést k řešení příčiny sepse, byla navržena amputace končetiny v rameni.*

*Pacientka amputaci odmítla. Nepřála si další umělé prodlužování života a požádala o ukončení léčby, včetně farmakologické podpory oběhu. Syn a vnučka byli přítomni rozhovoru a rozhodnutí pacientky v kontextu vývoje nemoci považovali za rozumné.*

*Ošetřující tým na chirurgické JIP argumentoval, že nelze ukončit kontinuální život udržující léčbu. Pokud by se ale stav pacientky stabilizoval a farmakologická podpora oběhu by již nebyla třeba, bylo by podle ošetřujícího týmu na základě reversu možné při opětovném zhoršení stavu léčbu znovu nezahajovat. Paliativní tým argumentoval, že pacientka jasně vyjadřuje svoje preference stran další léčby a nejsou patrné známky kognitivního deficitu či deprese.*

Uvedená kazuistika zachycuje jeden ze zásadních omylů, který se v české klinické praxi stále objevuje. Chirurgický tým argumentuje, že nelze ukončit kontinuální život udržující léčbu

(v tomto případě farmakologickou podporu oběhu), a to ani v situaci, kdy pacient explicitně vyslovuje nesouhlas s dalším poskytováním léčby, resp. odvolává dříve udělený souhlas s léčbou, lze však při opakovaném zhoršení zdravotního stavu léčbu znovu nenasadit. Jinými slovy, z pohledu chirurgického týmu existuje právně relevantní rozdíl mezi nezahájením a ukončením kontinuální podpory životních funkcí.

S tímto přístupem se nelze ztotožnit. Jsem přesvědčena, že dle práva neexistuje rozdíl mezi nezahájením nebo ukončením život udržující léčby. I v českém právním prostředí bezpodmínečně platí, že jedním ze základních práv pacienta v kontextu poskytování zdravotních služeb je právo na ochranu nedotknutelnosti člověka, resp. právo na ochranu tělesné a duševní integrity člověka, z něhož vyplývá požadavek, aby jakýkoliv zásah do integrity člověka byl proveden vždy výhradně na základě jeho souhlasu. Toto právo je zakotveno jak na vnitrostátní, tak na mezinárodní úrovni.

Podle článku 5 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možné provést pouze za podmínky, že k němu pacient poskytl svobodný a informovaný souhlas. Zákrok učiněný bez svobodného a informovaného souhlasu pacienta je zásahem do práva na nedotknutelnost osoby dle článku 7 odst. 1 Listiny základních práv a svobod, resp. práva na fyzickou integritu chráněnou článkem 8 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod.

Pokud pacientka v uvedeném případě vyjádřila nesouhlas s dalším prodlužováním života, odmítla pokračování farmakologického oběhu, resp. odvolala souhlas s touto léčbou, byli lékaři povinni rozhodnutí pacientky respektovat. Namísto neoprávněného pokračování v přístrojové podpoře bez souhlasu pacientky měli pacientce nabídnout alternativní postup, který by odpovídal jejímu zdravotnímu stavu a jejím přáním.

## **7.2 Hospitalizace pacienta**

*Výjezd zdravotnické záchranné služby pro celkové zhoršení stavu. Při příjezdu pacient leží v polohovacím lůžku s postranicemi, je opocený, má záškuby končetin. Na místě je syn, snacha a sestra domácí péče. Rodina pečuje doma, došlo údajně ke skokovému zhoršení.*

*Lékařka zdravotnické záchranné služby uvažuje o terminální fázi demence. Vyslovuje pochybnost o užitečnosti hospitalizace, doporučuje ponechat pacienta doma a zavést paliativní režim. S rodinou hovoří nad lůžkem pacienta. Pacient reaguje na slovo nemocnice, zřetelně vyslovuje, že si hospitalizaci nepřeje. Lékařka se ptá přímo, zda chce do nemocnice, odpověď je zřetelná: „Ne, nechci.“ Snacha trvá na hospitalizaci pacienta, argumentuje, že má právo rozhodovat za pacienta. Lékařka zvažuje situaci, nakonec pacienta odváží do nemocnice.*

Zákon o zdravotních službách taxativně vyjmenovává situace, kdy lze pacientovi poskytovat zdravotní služby bez souhlasu nebo kdy ho lze hospitalizovat bez souhlasu.

Dle § 38 odst. 2 je možné pacientovi bez jeho souhlasu poskytnout pouze neodkladnou péči, a to v případě, kdy není s ohledem na svůj zdravotní stav schopen vyslovit souhlas. Dle § 38 odst. 1 lze pacienta hospitalizovat bez souhlasu v případě, kdy jeho zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a zároveň neumožňuje, aby vyslovil souhlas.

Neodkladnou péčí se dle § 5 odst. 1 zákona o zdravotních službách rozumí péče, jejímž účelem je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí.

V řešeném případě se patrně nejednalo o poskytování neodkladné péče. Nadto, pacient zcela explicitně vyslovil nesouhlas s transportem do nemocnice a hospitalizací. I kdyby se tedy o neodkladnou péči jednalo, dokud byl pacient schopen udělit souhlas nebo souhlas s jejím poskytnutím, nebylo možné postupovat dle citovaných § 38 odst. 2 a odst. 1 zákona o zdravotních službách.

Lékařka zdravotnické záchranné služby mohla pouze pochybovat o způsobilosti pacienta právně relevantně vyslovit souhlas nebo v tomto případě nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb a hospitalizací. Na místě tedy bylo provedení testu způsobilosti pacienta, o nichž jsem hovořila v podkapitole 4.2 Posouzení způsobilosti právně jednat. Pokud byl pacient považován za způsobilého, mělo jeho rozhodnutí být respektováno.

V této souvislosti se jako vhodné jeví připomenout již mnohokrát citovaný náleží Ústavního soudu sp. zn. sp. zn. I. ÚS 2078/16: „*I v oblasti poskytování zdravotní péče je třeba plně ctít zásadu svobody a autonomie vůle a možnost pacienta odmítnout poskytnutí péče, byť by byla*

*i považována za nezbytnou pro zachování jeho života. Lékaři a další zdravotničtí pracovníci mohou takové osoby přesvědčovat, mohou se snažit je přimět ke změně jejich postoje, pokud je zjevně pro ně škodlivý, ale v konečném důsledku nemohou zabránit realizaci rozhodnutí o odmítnutí péče, které bylo učiněno na základě svobodné a vážné vůle dospělé svéprávné osoby, pouze z toho důvodu, že se domnívají, že toto rozhodnutí danou osobu poškozuje. Proto jedná-li jakákoliv osoba v souladu s těmito pravidly, a potřebnou péči neposkytne s ohledem na nesouhlas svéprávného dospělého pacienta, nemůže spáchat trestný čin neposkytnutí pomoci, neboť by nebyl naplněn jeden z nezbytných znaků trestného činu - výše zmíněná protiprávnost jednání.“<sup>428</sup>*

Ačkoliv lze rozumět rozhodnutí lékařky zdravotnické záchranné služby činěnému v nelehké situaci a zřejmě v obavě před tlakem ze strany rodiny pacienta, domnívám se, že její postup je třeba hodnotit jako neoprávněný zásah do integrity pacienta. Na uvedeném závěru nic nemění ani skutečnost, že rodina pacienta, konkrétně snacha pacienta, s transportem vyslovila souhlas. Zástupné rozhodování zákon předpokládá až v okamžiku, kdy pacient není s ohledem na svůj zdravotní stav schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb.

### **7.3 Dříve vyslovené přání**

*70letá pacientka s nealzheimerovskou demencí, diagnostikovanou před 7 lety. Dříve úspěšná podnikatelka, v posledních 7 letech však došlo k výraznému zhoršení zdravotního stavu. Nyní už ani nepoznává svou rodinu. Před měsícem utrpěla ischemickou cévní mozkovou příhodu v oblasti a. cerebri media. Je hospitalizována na neurologickém oddělení. Zdravotní stav se však přes maximální léčebné úsilí nedaří zlepšit. Naopak, v posledních dnech dochází k jeho zhoršení, pacientka má tachykardii, je tachypnoická, febrilní. Rentgen plic potvrzuje bronchopneumonii. Ošetřující lékař zvažuje podání antibiotik a umělé hydratace.*

*Za pacientkou pravidelně na návštěvy chodí manžel a dcera. Oba opakovaně vyjadřují nesouhlas s další léčbou. Zdůrazňují, že pacientka si v závěru života nepřála být intenzivně léčena a že si přála zemřít doma. Dcera již před časem předala ošetřujícímu lékaři dříve vyslovené přání pacientky sepsané v návaznosti na stanovení diagnózy, které splňuje všechny*

---

<sup>428</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 2. 1. 2017, sp. zn. I. ÚS 2078/16, bod 30.

*formální náležitosti stanovené zákonem. V dříve vysloveném přání pacienta uvedla: „Pokud jako důsledek mojí nemoci, nebudu schopná sama vykonávat každodenní úkony, nepřeji si žádnou formu život udržující léčby.“*

Dle § 36 odst. 2 zákona o zdravotních službách je poskytovatel zdravotních služeb povinen respektovat dříve vyslovené přání za předpokladu, že jsou splněny tři základní podmínky. Poskytovatel má dříve vyslovené přání k dispozici, pacient není aktuálně schopný vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb a nastala předvídatelná situace, ke které se dříve vyslovené přání vztahuje. Právě naplnění třetí z uvedených podmínek se jeví jako zásadní pro správné posouzení situace a rozhodnutí lékaře, zda bude dříve vyslovené přání respektovat nebo nikoliv.

Ačkoliv by bylo jistě vhodné mít před formulováním právních závěrů možnost přečíst si celé dříve vyslovené přání pacientky, lze dle mého názoru usuzovat a z kazuistiky to tak vyplývá, že pacientka dříve vyslovené přání sepsala v návaznosti na stanovení diagnózy demence. Uvádí-li v něm, že si v budoucnu nepřeje žádnou formu život udržující léčby, pokud by jako důsledek své nemoci nebyla schopna samostatně vykonávat každodenní úkony, lze předpokládat, že své přání vztahuje k diagnóze demence. Je-li poskytovatel povinen respektovat dříve vyslovené přání pacienta za předpokladu, že se dříve vyslovené přání musí vztahovat k předvídatelné situaci v něm vymezené, lze uzavřít, že dříve vyslovené přání pacientky formulované uvedeným způsobem není v řešení situace pro lékaře závazné.

Pokud je tento závěr správný, pak platí, že za pacientku bude rozhodovat zástupce ve smyslu § 34 odst. 7 zákona o zdravotních službách. Předpokládáme-li, že pacientka při přijetí do péče neurčila osobu, která by za ni měla rozhodovat (pacientka toho s ohledem na svůj zdravotní stav při přijetí do péče s největší pravděpodobností ani nebyla schopná), bude zástupný souhlas nebo nesouhlas udělovat její manžel.

Uvedené dílčí závěry bohužel nijak neodpovídají na zcela zásadní právní otázku, která je řešenou kazuistikou zachycena, a to otázku, zda manžel pacientky může právně závazně odmítnout lékařem navrhovaný postup spočívající v podání antibiotik a umělé hydratace. Jak již zaznělo v kapitole 4, věnované rozhodovacímu procesu včetně zástupného rozhodování za pacienta, stávající právní úprava k této otázce vyznívá poněkud nekonzistentně, neboť zakotvuje dva různé standardy zástupného rozhodování.

Jsem přesvědčena, že by stávající nejasnost právní úpravy měla být řešena cestou novelizace zákona o zdravotních službách a explicitním zakotvením právních pravidel zástupného rozhodování. Pro případy složitých situací, kdy se přes veškeré úsilí nepodaří dosáhnout konsenzu, by měla existovat právní úprava zakotvující efektivní soudní proces. Na tomto místě odkazuji na svou úvahu *de lege ferenda* vyjádřenou v podkapitole 4.4 Zástupné rozhodování.

Ačkoliv jsem přesvědčena, že by v českém právním prostředí mělo platit, že zástupce pacienta je povinen rozhodovat v souladu s přáním pacienta, je-li mu známo, a že by rozhodnutí zástupce pacienta mělo být pro lékaře závazné, do doby přijetí příslušné novelizace, případně do doby osvětlení těchto nejasností rozhodovací praxí vyšších soudů, lze očekávat, že zástupný nesouhlas vyjádřený osobou určenou pacientem nebo osobou ve smyslu § 34 odst. 7 zákona o zdravotních službách, bude respektován pouze v případech, kdy lékař dle svého odborného úsudku bude poskytnutí zdravotních služeb sám hodnotit jako nepřiměřenou léčbu.

#### **7.4 Ukončení umělé hydratace a výživy**

*62letý pacient s farmakorezistentní epilepsií (diagnostikována před 22 lety). Za poslední rok došlo k významnému zhoršování zdravotního stavu, ztrátě soběstačnosti (žil zcela sám, velmi pečlivě se staraly jeho dvě sestry). Sestry zvažovaly podání návrhu na omezení svéprávnosti. Měsíc před přijetím do domácího hospice ho sestry našly doma ležícího, pomočeného, pokáleného a zmateného – zjevně po proběhlém epileptickém záchvatu. Přivolána zdravotnická záchranná služba, pacient byl odvezen do nemocnice, kde se nedařilo epilepsii dobře kontrolovat, zcela ulehl, nebyl schopen vyjádřit svou vůli ohledně další péče.*

*Po měsíční hospitalizaci bylo rozhodnuto o přesunu do LDN. Dva dny před plánovaným přeložením pacienta bylo rozhodnuto o zavedení PEG, a to bez souhlasu sester pacienta. Přeložení pacienta na LDN si sestry nepřály, proto vyhledaly domácí hospic. Při přijetí pacienta do péče domácího hospice opakovaně a důrazně říkaly, že PEG by si bratr nikdy nepřál, že by nikdy nechtěl být ve stavu trvalého upoutání na lůžko. Žádaly, aby výživa do PEGu byla ukončena.*

Tato kazuistika opět zachycuje problematiku zástupného rozhodování za pacienta. V této souvislosti proto odkazují na analýzu předešlé kazuistiky. Právní závěry zde vyjádřené jsou obdobným způsobem aplikovatelné i na řešenou kazuistiku.

Namísto toho považují za důležité zabývat se na tomto místě otázkou ukončování umělé hydratace a výživy jako dílčímu tématu, kterému jsem v práci nevěnovala samostatnou pozornost.

Pro právní posouzení problematiky ukončování umělé hydratace a výživy se jako zásadní jeví otázka, zda umělá hydratace a výživa představují odborný medicínský postup nebo zda poskytování umělé hydratace a výživy je postupem, na který se vztahují specifická právní pravidla reflektující důraz na jiné principy a hodnoty.

Rada Evropy v dokumentu Průvodce procesem rozhodování o medicínském postupu v situacích na konci života uvádí: „Umělá hydratace a výživa jsou v mnohých zemích považovány za formu léčby, kterou lze omezit nebo ukončit (...) Hlediska, která je třeba při rozhodování o omezení nebo ukončení umělé hydratace a výživy zohlednit, zahrnují jednak přání pacienta, jednak přiměřenost této formy léčby v konkrétní situaci. V jiných zemích se však umělá hydratace a výživa nepovažují za léčbu, kterou by bylo možné omezit nebo ukončit, ale za formu bazální péče, která naplňuje základní potřeby pacienta a která nemůže být pacientovi odňata (...).“<sup>429</sup>

Odborná medicínská literatura zpravidla uvádí, že mezi klinickými lékaři a etiky sice není jednotný názor, zda je umělá hydratace a výživa (podávaná sondou nebo parenterálně) nedílnou součástí bazální terapie, podle většinového názoru však jsou umělá hydratace a výživa specifické léčebné modalities, které mají své indikace a kontraindikace.<sup>430</sup> Z odborné medicínské literatury například vyplývá, že výzkumy nepotvrzují, že by poskytování umělé hydratace vedlo k prodloužení života nebo mělo významný pozitivní vliv na symptomy spojené s pokročilým onemocněním (např. únavu, nevolnost nebo rozvoj deliria). Umělá hydratace nepřispívá ani ke zmírnění příznaků dehydratace (např. sucha v ústech nebo pocitu žízně). Naopak, poskytování umělé hydratace může způsobovat dušnost, progresi otoků a ascitu nebo většímu hromadění

---

<sup>429</sup> Průvodce procesem rozhodování o medicínském postupu v situacích na konci života, str. 12 – 13.

<sup>430</sup> Např. Souček, M. a kol. *Vnitřní lékařství*. Grada Publishing: Praha, 2011.



tekutiny v pleurálním prostoru.<sup>431</sup> Jinými slovy, odborná medicínská literatura s poskytováním umělé hydratace a výživy skutečně pracuje jako se specifickým léčebným postupem, který má svá medicínská pravidla. Tento přístup lze dle mého soudu vysledovat také v českém prostředí. I v české klinické praxi se hovoří o limitaci umělé hydratace a výživy s ohledem na vývoj zdravotního stavu pacienta, pacienti zavedení PEGu a poskytování umělé hydratace a výživy odmítají prostřednictvím dříve vysloveného přání jako specifický léčebný postup, který si v závěru života nepřejí.

Otázka právní povahy poskytování umělé hydratace a výživy však v českém právním prostředí nebyla doposud explicitně řešena. V teoretické rovině pak mohou existovat dva odlišné přístupy k řešení této otázky. První by vycházel z předpokladu, že umělá hydratace a výživa jsou součástí bazální péče o pacienta, kterou je třeba poskytovat vždy. Tento právní přístup shrnuje Kunstýřová: „*Na tomto místě je třeba zdůraznit, že přestože veškeré léčebné postupy selhaly a s postupem nemoci nelze již účinně bojovat, je tedy ustoupeno od léčby nebo není léčba vůbec zahájena, lékaři vždy musí pacientovi poskytnout bazální péči; opačný postup by dle mého odporoval právu na lidskou důstojnost.*“<sup>432</sup>

Druhý právní přístup by předpokládal, že umělá hydratace a výživa jsou specifickými léčebnými postupy, které lze hodnotit s ohledem na požadavek náležitě odborné úrovně, a které zároveň mohou být poskytnuty výhradně na základě souhlasu pacienta nebo jeho zástupce. K tomuto přístupu se přikláním já. Domnívám se, že ani hydrataci a výživu nelze pacientovi poskytovat, pokud si ji nepřeje, resp. pokud ji za pacienta odmítne jeho zástupce. I poskytování umělé hydratace a výživy může být kvalifikováno jako neoprávněný zásah do integrity pacienta, jsou-li umělá hydratace a výživa poskytovány bez souhlasu.

Tento přístup se prosadil rovněž v zahraničí. Zahraniční právnická literatura a rozhodovací praxe soudů, a to především britská a americká, dospěla k závěru, že umělou hydrataci a výživu

---

<sup>431</sup>DY, S. M. Enteral and parenteral nutrition in terminally ill cancer patients: a review of the literature. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 2006, 23(5), str. 369 – 377. Sampson, E. L. et al. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009, 2(2). Oehme, J. Sheehan, C. Use of Artificial Hydration at the End of Life: A Survey of Australian and New Zealand Palliative Medicine Doctors. *Journal of palliative medicine*. 2018. Bruera, E. et al. Parenteral hydration in patients with advanced cancer: a multicenter, double-blind, placebo-controlled randomized trial. *Journal of clinical oncology*. 2013, 31(1), str. 111. Fritzson, A. Tavelin, B. Axelsson, B. Association between parenteral fluids and symptoms in hospital end-of-life care: an observational study of 280 patients. *BMJ supportive & palliative care*. 2015, 5(2), str. 160 – 168.

<sup>432</sup> Dříve vyslovená přání v oblasti intenzivní medicíny a paliativní péče, str. 55.

je třeba považovat za specifický léčebný postup, který má svá medicínská pravidla, a proto je třeba jej nahlížet jako jakýkoliv jiný léčebný postup. To jednak znamená, že poskytování umělé hydratace a výživy lze hodnotit z hlediska požadavku na poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni, jednak je tím zdůrazněno, že k poskytování umělé hydratace a výživy se vyžaduje souhlas pacienta nebo jeho zástupce. Stejně tak platí, že pacient může předem vyslovit nesouhlas s poskytováním umělé hydratace a výživy nebo tento nesouhlas může v souladu s přáním pacienta vyslovit jeho zástupce, není-li toho pacient s ohledem na svůj zdravotní stav schopen.

Z rozhodovací praxe soudů lze zmínit především již mnohokrát citovaný rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ve věci *Lambert v. Franci* nebo četné rozsudky britských soudů, včetně *A Hospital v SW* [2007] Med LR 273, *Re A (Male Sterilisation)* [2000] 1 FLR 549, *R (Burke) v GMC and Others* [2005] QB 424, *Re D* [2012] COPLR 493, *Re M (Adult Patient) (Minimally Conscious State: Withdrawal of Treatment)* [2012] 1 WLR 1653, *Re S (Protected Person)* [2010] 1 WLR 1082, *W v M and S and NHS Primary Care Trust* [2012] COPLR 222, *Wye Valley NHS Trust v B* [2015] EXCOP 60, *Sheffield Teaching Hospital Foundation Trust v TH and TR* [2014] EWCOP 4 a *United Lincolnshire Hospitals NHS Trust v N* [2014] EWCOP 16.

Za předpokladu, že by tento právní závěr byl správný, bylo by pak třeba respektovat odmítnutí umělé hydratace a výživy ze strany zástupce pacienta, bylo-li by takové odmítnutí v souladu s přáním pacienta. V tomto ohledu se pak vracíme zpět k problematice zástupného rozhodování a doposud nevyjasněné otázce, zda a za jakých podmínek může zástupce pacienta odmítnout život udržující léčbu.

## 7.5 Amputace končetiny

*70letý pacient, dosud soběstačně žijící vědec, s limitovanou fyzickou a sociální zdatností (pohyb po bytě, nákupy zařizoval bratr, v komunikaci s úřady pomáhal bratr), dosud schopen vědecké a publikační aktivity. Po úrazu v domácím prostředí akutně hospitalizován. v průběhu hospitalizace mnohočetné komplikace úrazu a kritického stavu s ním souvisejícího (poziční trauma, selhání ledvin, dekubitální postižení ischemické etiologie na dolních končetinách a hýždích, recidivující infekční komplikace, porucha vědomí), připojen na dialýzu, ATB terapie, přechodně umělá plicní ventilace.*

*Při přijetí stanovil jako osobu oprávněnou udělit zástupný souhlas svého bratra, další osoby neuvedl. Konfliktní rozhodovací moment proběhl při zhoršení stavu a rozvoji závažné infekce/sepse při infekci proleženin. Život zachraňujícím výkonem byla pouze amputace dolní končetiny ve stehně s velikou nejistotou uzdravení vzhledem k přítomnosti dalších infikovaných proleženin v oblasti zad a hýždí, které by nebylo možné odstranit nebo vyléčit ani amputací.*

*Bratr pacienta po adekvátním poučení odmítl amputaci, rozhodnutí činil i s vědomím rizika úmrtí pacienta. Primář kliniky doporučil vyžádat názor právního oddělení. Právní oddělení nemocnice doporučilo poskytnout život zachraňující terapii jako postup s menším rizikem při případné žalobě a podat návrh na zahájení řízení dle § 101 občanského zákoníku.*

Tato kazuistika zachycuje kromě jiného přístup právního oddělení poskytovatele zdravotních služeb, s nímž se lze v klinické praxi setkat poměrně často. Doporučení právního oddělení poskytovatele poskytovat v závěru života pacienta co nejdéle intenzivní léčbu, resp. poskytovat v závěru života pacienta co nejintenzivnější léčbu je zřejmě odrazem přetrvávající představy, že neposkytnutí intenzivní léčby v závěru života je protiprávním jednáním spojeným s hrozbou sankce. Jako by snad právní oddělení poskytovatele bylo přesvědčeno, že by proces umírání měl být prodlužován co nejdéle podle maximy, čím delší proces umírání, tím lépe, neboť tím více zbytku života pacienta bude zachráněno.<sup>433</sup>

Ačkoliv lze doporučení právních oddělení považovat za pochopitelné, neboť lze předpokládat, že jej činí v časové tísní a v obavě z postihu poskytovatele, nelze jej v žádném případě považovat za správný. Nelze totiž akceptovat přístup, který je postaven na předpokladu, že pouze intenzivní léčba poskytovaná až do konce života pacienta je léčbou na náležité odborné úrovni, a není proto postižitelná. Nelze akceptovat předpoklad, že umírajícímu pacientovi je třeba vždy poskytovat intenzivní léčbu (v tomto případě amputaci končetiny), a to i v situaci, kdy uzdravení pacienta po poskytnutí léčby zůstává více než otazné. O to problematičtější se mi doporučení právního oddělení jeví v situaci, kdy zástupce pacienta, kterého si pacient při přijetí do péče sám zvolil, uvádí, že pacient by si amputaci jistě nepřál.

Přestože v českém právním prostředí prozatím nejsou přítomny spory o příliš intenzivní léčbě v závěru života, resp. o tzv. přeléčování pacienta v závěru života, zahraniční právní praxe s takovými spory již zkušenost má. Ze zahraniční rozhodovací praxe soudů pak vyplývá, že

---

<sup>433</sup> Srov. Reichenbach, B. R. Euthanasia and the active-passive distinction. *Bioethics*. 1987, 1(1), str. 51 – 73.

stejně jako může být postupem bez náležité odborné úrovně nedostatečná léčba, obdobně může být za nenáležitý odborný postup hodnocena příliš intenzivní léčba umírajícího pacienta.

Podobně jako s doporučením provést amputaci v závěru života pacienta navzdory nesouhlasu zástupce pacienta je za problematické třeba považovat doporučení vyčkat okamžiku, kdy bude poskytnutí léčby neodkladné a kdy tak bude možné zákrok provést i bez souhlasu, tj. v režimu § 38 odst. 2 písm. a) zákona o zdravotních službách. Tento přístup je podobně alibistický jako první uvedený. Ani tento přístup nelze považovat za správný. Je dle mého soudu pouze projevem nerespektování přání pacienta. Takový přístup nemá v současné době již místo a je třeba jej důrazně odmítnout.

Nakonec zůstává otázka využití právního nástroje zakotveného v § 101 občanského zákoníku. Právě řešená kazuistika velmi dobře ukazuje, v čem spočívají největší nedostatky tohoto ustanovení, resp. jeho praktická nevyužitelnost v klinické praxi, jak bylo podrobněji rozpracováno v podkapitole 4.5 Ingerence soudu.

## **7.6 Ukončení kontinuální přístrojové podpory vitálních funkcí**

*75letý pacient s revmatoidní artritidou akutně operován pro infekční endokarditidu. I přes pobyt pacienta na ARO, kdy byla maximalizována terapie, byla zvýšena výživa, byla upravena analgetická terapie včetně aplikace opiátové náplasti k maximálnímu snížení bolesti a možnosti rehabilitace, dochází k postupnému zhoršování zdravotního stavu pacienta.*

*Zdravotní stav pacienta je opakovaně a podrobně probírá se členy rodiny pacienta. Lékaři informují rodinu, že terapeutické možnosti léčby jsou velmi pravděpodobně vyčerpány. Dále informují, že pacientovi poskytují a budou nadále poskytovat maximální podpůrnou terapii, budou zajišťovat maximální komfort a tišení všech negativních příznaků onemocnění jako je bolest, dušnost a další. Tento postup rodina kvituje a opakovaně za něj děkuje. Shodně uvádí, že vnímají postupný úbytek sil pacienta a extrémní únavu. Dále uvádí, že pacient byl v životě velmi aktivní a nepřál by si umělé prodloužení života.*

*Ošetřující tým po dalších konzultacích se členy rodiny přistupuje k ukončení veškeré přístrojové podpory vitálních funkcí.*

Poslední kazuistika popisuje závěr života pacienta připojeného na přístrojovou podporu vitálních funkcí a to, jakým způsobem probíhalo rozhodování o ukončení této léčby. Tato kazuistika na rozdíl od kazuistik předchozích ukazuje, že i v současné době v českém právním prostředí dochází k ukončování kontinuální přístrojové podpory, že nikoliv všichni lékaři, resp. poskytovatelé zdravotních služeb takový postup považují za nepřijatelný a že i v takto složitých situacích lze správnou komunikací s osobami blízkými pacientovi a osobami oprávněnými za pacienta rozhodovat dospět konsenzu na podobě péče poskytované pacientovi v závěru jeho života.

Zároveň kazuistika velmi příhodně připomíná argumentaci uvedenou v kapitole 3 k otázce rozlišení nezahájení a ukončení život udržující léčby, že totiž i péče v závěru života představuje aktivní přístup k pacientovi, nikoliv pasivitu, nekonání. Odlišení právní povahy nezahájení a ukončení život udržující léčby dle dichotomie konání-nekonání, resp. opomenutí, se právě v tomto kontextu ukazuje jako umělé a nepřesvědčivé.

Kazuistika nakonec připomíná také to, že současná medicína sice dokáže technickými prostředky dočasně nahradit funkce některých selhávajících orgánů, existují však nadále onemocnění, která nejsou postupy, které současná medicína zná, vyléčitelná. U pacientů, jejichž zdravotní stav se i přes veškerou poskytovanou léčbu nadále zhoršuje, je třeba zvažovat, zda cíle zdravotní péče spočívající ve vyléčení onemocnění a záchraně života pacienta nemají být společně s pacientem přehodnoceny a nahrazeny cíli spočívajícími v tišení bolesti, zvládnutí všech symptomů, které jsou s onemocněním spojeny, a snaze zachovat co nejvyšší možnou kvalitu života pacienta v závěru jeho života. Takový přístup je přístupem zcela legitimním. Každý pacient by měl mít právo zvolit si, v jakém prostředí a jakým způsobem si přeje strávit závěr svého života. Tím bude naplněna ústavně garantovaná maxima respektu jeho autonomie.

## 8 Závěr

Ve své disertační práci jsem se věnovala právním otázkám, které vyvstávají v prostředí na pomezí mezi intenzivní medicínou a paliativní péčí. Jedná se o témata, která jsou v současné klinické praxi všudypřítomná, podrobná kvalifikovaná etická a právní reflexe však v českém právním prostředí stále chybí. Doposud těmto tématům nebyla věnována významná odborná pozornost.

Cílem této práce bylo nabídnout co nejkomplexnější právní text věnovaný těmto tématům, který by přispěl k úrovni probíhajících diskuzí. Práce kombinuje metody analyticko-deskriptivní a komparativní. Úvahy *de lege lata* jsou na relevantních místech doplněny úvahami *de lege ferenda*.

V první části práce jsem se věnovala vybraným konceptům, včetně konceptu marné léčby, nezahájení a ukončení život udržující léčby, rozhodování o poskytování péče v závěru života, zástupného rozhodování a dříve vysloveného přání.

V souvislosti s konceptem marné léčby jsem provedla podrobnou analýzu existující odborné literatury, odborných doporučení a rozhodovací praxe soudů. Zdůraznila jsem, že marnost léčby nelze hodnotit pouze v rovině ryze medicínské, ale je vždy třeba zvažovat také kritéria nemedicínská. Odkazem na mnohá zahraniční odborná doporučení jsem opakovaně zdůraznila, že skrze koncept marné léčby lze pouze velmi obtížně vymezit doménu autority lékaře a doménu autonomie pacienta. Navrhla jsem, aby namísto stávající terminologie „marná léčba“ byla užíváno označení nepřiměřená, nevhodná nebo neúčelná léčba. Toto označení z mého pohledu lépe vyjadřuje skutečnost, že hodnocení podoby léčby v závěru života zahrnuje nejen úvahy klinické, ale i úvahy hodnotové vyjádřené konkrétním pacientem, jemuž se léčba poskytuje. Současně se změnou terminologie jsem zdůraznila potřebu existence a dodržování

transparentního rozhodovacího procesu o poskytování péče v závěru života tak, aby byla garantována práva pacienta zakotvená (mimo jiné) v článku 2 a článku 8 Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod. Tento požadavek byl již několikrát vyjádřen v judikatuře Evropského soudu pro lidská práva. Se zvláštním významem především v rozsudku ve věci *Lambert a další v. Francie*.

V kapitole věnované problematice nezahájení a ukončení život udržující léčby jsem se soustředila zejména na otázku rozlišení nezahájení život udržující léčby, ukončení život udržující léčby, pasivní eutanázie a aktivní eutanázie. Postupně jsem se vypořádala s jednotlivými argumenty, které zazněly v rozhodovací praxi zahraničních soudů a které zaznívají také v českém právním prostředí, tj. odlišení těchto postupů dle dichotomie konání-nekonání, dle úmyslu lékaře, v kontextu hodnocení poskytované léčby z hlediska požadavku na poskytování zdravotních služeb na náležitě odborné úrovni a dle požadavku na respektování autonomie pacienta. Obhajovala jsem právní závěr, že nelze právně relevantně odlišit nezahájení a ukončení život udržující léčby, ať už by se jednalo o léčbu intermitentní nebo léčbu kontinuální. Nezahájení a ukončení život udržující léčby je však důrazně třeba odlišit od eutanázie, a to jak pasivní, tak aktivní.

Ve čtvrté kapitole práce jsem se zaměřila na dílčí aspekty rozhodování o péči v závěru života. Věnovala jsem se otázce hodnocení způsobilosti pacienta vyjádřit právně relevantně svou vůli, právu pacienta odmítnout poskytování zdravotních služeb a právu pacienta odvolat již udělený souhlas s poskytováním zdravotních služeb. Detailně jsem se zabývala také otázkou zástupného rozhodování. V podkapitole věnované této problematice jsem navrhla podobu možných legislativních změn § 33 a § 35 zákona o zdravotních službách. V návaznosti na požadavek vyjádřený ve zmiňovaném rozhodnutí *Lambert a další v. Francie* jsem kromě změn hmotněprávní úpravy navrhla také zcela novou procesní úpravu „řízení ve věcech poskytování zdravotních služeb“ v zákoně o zvláštních řízeních soudních.

Pátou kapitolu jsem věnovala institutu dříve vysloveného přání. Tato kapitola je koncipována jednak jako velmi podrobná analýza stávající právní úpravy obsažené v § 36 zákona o zdravotních službách zahrnující upozornění na mnohé její problematické aspekty, jednak jako úvaha o možnostech legislativních úprav, které by existující problematické aspekty mohly odstranit. I v této kapitole jsou tak obsaženy dva návrhy *de lege ferenda*, včetně komentáře k nim.



V předposlední kapitole jsem pozornost zaměřila na specifické klinické kontexty, v nichž jsou uvedené pojmy a koncepty řešeny. Tato část práce obsahuje kapitolu o rozhodnutích týkajících se kardiopulmonální resuscitace, deaktivace implantabilních kardioverterů-defibrilátorů a paliativní sedace. V souvislosti s prováděním kardiopulmonální resuscitace jsou připomenuty závěry vyjádřené v kapitole 2 Marná léčba. V souvislosti s deaktivací implantabilních kardioverterů-defibrilátorů jsou zopakovány závěry vyjádřené v kapitole 3 Nezahájení a ukončení život udržující léčby. V podkapitole věnované paliativní sedaci je pozornost zaměřena na požadavek poskytování paliativní sedace pouze na základě souhlasu pacienta a otázku odlišení paliativní sedace a aktivní eutanázie. Závěrečná kapitola práce je věnována právní analýze konkrétních případů z praxe.

Mnohokrát jsem v práci upozornila na přetrvávající miskoncepce a pokusila se uvést je na pravou míru. Jsem si přitom velmi dobře vědoma, že změna způsobu přemýšlení v české společnosti nenastane ze dne na den. Tato skutečnost by nás nicméně neměla odrazovat od snahy vést o otázkách řešených v této práci odbornou diskuzi. Je to totiž právě odborná diskuze probíhající v co nejširším okruhu zúčastněných diskutujících, která může zažitý způsob přemýšlení transformovat, a zabránit tak nekritickému přejímání zažitých dogmat.

## Seznam použitých zdrojů

### Seznam použité literatury

- Abrams, N. Active and passive euthanasia. *Philosophy*. 1978, 53(204).
- American Thoracic Society Bioethics Task Force. Withholding and withdrawing life sustaining therapy. *Am Rev Respir Dis*. 1991, 144.
- Assher, J. The moral distinction between killing and letting die in medical cases. *Bioethics*. 2008, 22(5).
- Asiag E. Observing the prohibition on withdrawal of continuous medical treatment in the Dying patient Act. *Medical Law and Bioethics*. 2008, 1.
- Bagheri, A. Regulating Medical Futility: Neither Excessive Patient's Autonomy Nor Physician's Paternalism. *European Journal of Health Law*. 2008, 15(1).
- Batavia, A. Disability versus futility in rationing health care services: Defining medical futility based on permanent unconsciousness-PVS, coma and anencephaly. *Behavioral Sciences & The Law*, 2002, 20(3).
- Bean, G. Nishiasato, S. Rector, M. A. & Glancy, G. The psychometric properties of the competency interview schedule. *Canadian Journal of Psychiatry*. 1994, 39.
- Berlinger, N. Jennings, B. Wolf, S. M. *The Hastings Center guidelines for decisions on life-sustaining treatment and care near the end of life*. Oxford: Oxford University Press, 2013.
- Billon, R. Acts and omissions, killing and letting die. *British Medical Journal*. 1986, 292(6513).
- Birnbacher, D. *Tun und Unterlassen*. Stuttgart: Philipp Reclam, 1995.
- Boas, H. a kol. *Bioethics and Biopolitics in Israel. Socio-legal, political and empirical analysis*. Cambridge University Press, 2018.
- Bosslet, G. T. Baker, M. Pope, T. M. Reason-giving and medical futility: Contrasting legal and social discourse in the United States with the United Kingdom and Ontario, Canada. *Chest*. 2016, 150 (3).
- Bosslet, G. T. a kol. An Official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM Policy Statement: Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units. *American Journal of respiratory and Critical Care Medicine*. 2015, (191)11.
- Brody, B. A., & Halevy, A. Is futility a futile concept? *Journal of Medicine & Philosophy*. 1995, 20(2).
- Bruera, E. et al. Parenteral hydration in patients with advanced cancer: a multicenter, double-blind, placebo-controlled randomized trial. *Journal of clinical oncology*. 2013, 31(1).
- Burns, J. P. Edwards, E. et al. Do not resuscitate order after 25 years. *Crit Care Med*. 2003, 31(5).

- Callahan, D. *The Roots of Bioethics: Health, Progress, Technology, Death*. Oxford-New York: Oxford University Press, 2012.
- Carney, M. T. Neugroschl, J. Morrison, R. S. Marin, D. & Siu, A. L. The development and piloting of a capacity assessment tool. *The Journal of Clinical Ethics*. 2001, 12.
- Císařová, D. Sovová, O. a kol. *Trestní právo a zdravotnictví*. Praha: Orac, 2004.
- Claessens, P. Genbrugge, E. Vannuffelen, R. Broeckeaert, B. Schozsmans, P. Menten, J. Palliative Sedation and Nursing: The Place of Palliative Sedation Within Palliative Nursing Care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2007, 9(2).
- Coggon, J. On acts, omissions and responsibility. *Journal of Medical Ethics*. 2008, 34(8).
- Davidson, A. I. The definition of euthanasia. *Journal of Medicine and Philosophy*. 1979, 4(3).
- Davis, M. Does Palliative Sedation Always Relieve Symptoms? *Journal of Palliative Medicine*. 2009, 12(10).
- Delden, J. J. M. Terminal sedation: source of a restless ethical debate. *Journal of Medical Ethics*. 2007, 4.
- Diem, S. J. Lantos, J. D. Tulsky, J. A. Cardiopulmonary resuscitation on television Miracles and Misinformation. *N Engl J Med*. 1996.
- Doležal, A. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života*. Praha: Academia, 2017.
- Donnelly, M. Best Interests, Patient's Participation and the Mental Capacity Act 2005. *Medical Law Review*. 2009, 17.
- Doron I. Shalev C. Between the Patient Rights Act and the Dying Patient Act: A progress or walking backwards? *Medicine and Law*. 2011, 43.
- Dresser, R. Missing Persons: Legal Perceptions of Incompetent Patients. *Rutger Law Review*. 1994, 46(2).
- Dubler, N. N. Liebman, C. B. *Bioethics Mediation: A Guide to Shaping Shared Solutions*. Revised and Expanded Edition. Nashville: Vanderbilt University Press, 2011.
- DY, S. M. Enteral and parenteral nutrition in terminally ill cancer patients: a review of the literature. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 2006, 23(5).
- Eliáš, K. K pojetí dispozitivního práva v občanském zákoníku. *Bulletin advokacie*, 2015, 9.
- Etheridge, Z. Gatland, E. When and how to discuss "do not resuscitate" decisions with patients. *BMJ*. 2015.
- Etchells, E. Darzins, P. Silberfeld, M. Singer, P. A. McKenny, J. Naglie, G. Katz, M. Guyatt, G. H. Molloy, D. W. & Strang, D. Assessment of patients capacity to consent to treatment. *Journal of General Internal Medicine*. 1999, 14.
- European Association for Palliative Care recommended Framework for the use of sedation in palliative care. *Palliative Medicine*. 2009, 23(7).
- Fortin, J. *Children's Rights and the Developing Law*. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.
- Fritzson, A. Tavelin, B. Axelsson, B. Association between parenteral fluids and symptoms in hospital end-of-life care: an observational study of 280 patients. *BMJ supportive & palliative care*. 2015, 5(2).
- Gampel, E. Does professional autonomy protect medical futility judgments? *Bioethics*. 2006, 20(2).
- Garros, D. Rosychuk, R. J. Cox, P. N. Circumstances surrounding end of life in a pediatric intensive care unit. *Pediatrics*. 2003, 112.

- Gert, B. Distinguishing between active and passive euthanasia. *Clinics in Geriatric Medicine*. 1986, 2(1).
- Gilbar, R. Breathless: On Israeli District Court's decision to allow doctors to switch off a terminal patient's ventilator. *The Law on the Net: Human Rights*. 2015, 35.
- Glover, J. *Causing Death and Saving Lives*. Harmondsworth: Penguin, 1977.
- Goold, I. Herring, J. *Great debates in medical law and ethics*. Red Globe Press, 2014.
- Griffiths, J. Weyers, H. Adams, M. *Euthanasia and law in Europe*. Portland: Hart Publishing, 2008.
- Grisso, T. & Applebaum, P. S. *Assessing Competence to Consent to Treatment*. New York: Oxford University Press, 1998.
- Harris, J. *The Value of Life*. London: Routledge and Kegan Paul, 1985.
- Haškovcová, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2003. Haškovcová, H. *Thanatologie*. Praha: Galén, 2003.
- Herring, J. The Human Rights Act and the welfare principle in family law – conflicting or complementary? *Child & Fam. L. Q.* 1999, 11(3).
- Heřmanová, J. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada), 2012.
- Holčapek, T. *Dokazování v medicínskoprávních sporech*. Praha: Wolters Kluwer, 2011.
- Holčapek, T. Rozhodnutí soudu jako zdroj oprávnění zásahu do integrity. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2018, 8(3),
- Holčapek, T. Šustek, P. Šolc, M. Odpojení dítěte od přístrojů: na okraj případu Charlie Gard. *Právní rozhledy*. 2018, 3.
- Hrušáková, M. *Dítě, rodina a stát*. Masarykova univerzita: Brno, 1993.
- Huynh, T. N. Kleerup, E. C. Wiley, J. F. Savitsky, T. D. Guse, D. Garber, B. J. Wenger, N. S. The frequency and cost of treatment perceived to be futile in critical care. *JAMA Internal Medicine*. 2013, 173(20).
- Chow, G. V. Czarny, M. J. Hughes, M. T. Carrese, J. A. CURVES: a mnemonic for determining medical decision-making capacity and providing emergency treatment in the acute setting. *Chest*. 2010, 137(2).
- Jackson, E. *Medical Law. Text, cases and materials*. 3rd edition. Oxford: Oxford University Press, 2013.
- Jílek, D. a kol. *Studie o právech dítěte: implementace zkušeností dobré praxe ve vzdělávání v oblasti práv dětí ve Švýcarsku do podmínek ochrany práv dětí v České republice*. Brno, Boskovice: Českobritská o.p.s., 2011.
- Jonsen, A. R. Sigler, M. Winslade, W. J. Matějka, J. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2019.
- Jox, R. J. Entscheidungen über lebensverlängernde Maßnahmen. In: Marckman G, et al. *Praxisbuch Ethik in der Medizin*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2018.
- Jude, J. R. Elam, J. O. *Fundamental of Cardiopulmonary Resuscitation*. Philadelphia: F. A. Davis Company, 1965.
- Kazatel: 3, 1-2.
- Keown, J. Restoring Moral and Intellectual Shape to the Law after *Bland*. *Law Quarterly Review*. 1997, 113.

- Knap, K. Švestka, J. Jehlička, O. Pavlík, P. Plecítý, P. *Ochrana osobnosti podle občanského práva*. Praha: Linde Praha, a.s., 2004.
- Krejčíková, H. Deaktivace implantabilního defibrilátoru (ICD). In: Gřiva, M. et al. *Paliativní péče v kardiologii*. Praha: Triton, 2018.
- Krejčíková, H. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. Praha: Galén, 2014.
- Kunstýřová, J. *Dříve vyslovená přání v oblasti intenzivní medicíny a paliativní péče*. Diplomová práce. Praha: Právnická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 2017.
- Kuře, J. *Co je eutanázie. Studie k pojmu dobré smrti*. Praha: Academia, 2018.
- Lavický, P. a kol. *Občanský zákoník I. Obecná část (§ 1 – §654). Komentář*. Praha: C. H. Beck, 2014.
- Lelie, A. Verweij, M. Futility without a dichotomy: towards an ideal physician-patient relationship. *Bioethics*. 2003, 17(1).
- Levin, P. D. Sprung, Ch. L. Withdrawing and withholding life-sustaining therapies are not the same. *Crit Care*. 2005, 9(3).
- Lo, B. Jonsen, A. R. Clinical decisions to limit treatment. *Annals Of Internal Medicine*. 1980, 93(5).
- Macauley, R. C. *Ethics in Palliative Care*. Oxford: Oxford University Press, 2018.
- Magnus, U. Causation by Omission. In Tichý, L. (ed.) *Causation in Law*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2007.
- Mahoney, J. *Bioethics and Belief*. London: Sheed and Ward, 1984.
- Mach, J. Buriánek, A. Záleská, D. Vráblová, B. *Komentář k zákonu o zdravotních službách a zákonu o specifických zdravotních službách*. Wolters Kluwer, 2018.
- Marson, D. C. Cody, H. A. Ingram, K. K. & Harrell, L. E. Neuropsychological predictors of competency in Alzheimer's disease using a rational reasons legal standard. *Archives of Neurology*. 1995, 52.
- Matějek, J. Etické aspekty paliativní péče v nefrologii. In Szonovská, B. a kol. *Paliativa v nefrologii. Podpůrná a paliativní péče u pacientů s onemocněním ledvin*. Maxdorf s.r.o., 2019.
- Mazarella, P. Euthanasia: An inclusive definition. *Linacre Quarterly*. 1991, 58(4).
- McGee, A. Intention, Foresight, and Ending Life Responses and Dialogue. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2013, 22(1).
- McLean, S. From Bland to Burke: The Law and Politics of Assisted Nutrition and Hydration in McLean, S. *First Do No Harm*. Ashgate: Dartmouth, 2006.
- Montague, P. The morality of active and passive euthanasia. *Ethics in Science and Medicine*. 1978, 5(1).
- Morata, L. An evolutionary concept analysis of futility in health care. *J Adv Nurs*. 2018, 74(6).
- Morita, T. Chinone, Y. Ikenaga, M. et al. Efficacy and safety of palliative sedation therapy: a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan. *J Pain Symptom Manage*. 2005, 30.
- Moye, J. Butz, S. W. Marson, D. C. & Wood, E. A conceptual model and assessment template for capacity evaluation in adult guardianship. *Gerontologist*. 2007, 47.

- Murphy, D. J. Burrows, D. et al. The influence of the probability of survival on patient's preference regarding cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med.* 1994, 330.
- National Conference on CPR and Emergency Cardiac Care. Standards and guidelines for CPR and emergency cardiac care: medico-legal considerations and recommendations. *JAMA.* 1974, 255(1).
- Neitzke, G. Burchardi, H. Duttge, G. et al. Limits to the appropriateness of intensive care: Policy statement of the German Interdisciplinary Association of Intensive Care and Emergency Medicine. *Med Klin Intensivmed Notfmed.* 2019, 114.
- Nesbitt, W. Is killing no worse than letting die? *Journal of Applied Philosophy.* 1995, 12(1).
- Norton, S. A. Hogan, L. A. Holloway, R. G. Temkin-Greener, H. Buckley, M. J. Quill, T. E. Proactive palliative care in the medical intensive care unit: effects on length of stay for selected high-risk patients. *Crit Care Med.* 2007, 35.
- *Občanský zákoník: komentář.* Praha: Wolters Kluwer ČR, 2013-.
- Oehme, J. Sheehan, C. Use of Artificial Hydration at the End of Life: A Survey of Australian and New Zealand Palliative Medicine Doctors. *Journal of palliative medicine.* 2018.
- Paris, J. J. Ahluwalia, B. M. Cummings, B. M. Moreland, M. P. Wilkinson, D. J. The Charlie Gard case: British and American approaches to court resolution of disputes over medical decisions. *Journal of Perinatology.* 2017, 37.
- Pellegrino, D. E. Patient and Physiciana Autonomy: Conflicting Rights and Oblifation in the Physician-Patient Relationship. *Journal of Contemporary Health Law and Policy.* 1994, 10(1).
- Perbedy, M. A. Kaye, W. Ornato, J. P. Larkin, G. L. Nadkarni, V. Mancini, M. E. Berg, R. A. Nichol, G. Lane-Truitt, T. Cardiopulmonary resuscitation of adults in the hospital: a report of 14720 cardiac arrests from the National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation. *Resuscitation.* 2003, 58(3).
- Plows, C. V. Tenery, R. M. et al. Medical futility in end of life care. Report of Council on Ethical and Judicial Affairs. *JAMA,* 1999.
- Prendergast, T. J. Resolving conflicts surrounding end-of-life care. *New Horiz.* 1997, 5.
- Ptáček, R. Bartůněk, P. a kol. *Eutanázie – pro a proti.* Grada Publishing: Praha, 2012.
- Quill, T. E. Brody, H. Physician Recommendations and Patient Autonomy: Finding a Balance between Physician Power Choice. *Annals of Internal Medicine.* 1996, 125(9).
- Rachels, J. Active and passive euthanasia. *The New England Journal of Medicine.* 1975, 292.
- Randall, F. Downie, R. S. *The philosophy of palliative care: Critique and reconstruction.* Oxford, New York: Oxford University Press, 2006.
- Reece, H. The Paramountcy Principle: Consensus or Construct? *Current Legal Problems.* 1996, 49.
- Reichenbach, B. R. Euthanasia and the active-passive distinction. *Bioethics.* 1987, 1(1).
- Rietjens, J. A. van Zuylen, L. van Veluw, H. van der Wijk, L. van der Heide, A. van der Rijt, C. C. Palliative sedation in a specialized unit for acute palliative care in a cancer hospital: comparing patients dying with and without palliative sedation. *J Pain Symptom Manage.* 2008, 36.
- Roy, D. Euthanasia and withholding treatment. In Doyle, D. (ed.) *Oxford textbook of palliative medicine.* Oxford, New York: Oxford University press, 2004.
- Rubenfeld, G. D. Crawford, S. W. Withdrawing life support for medically ventilated recipient of bone marrow tranplantation: a case for evidence-based qualitative guidelines. *Ann Intern Med.* 1996, 125(8).

- Rubin, S. B. *When Doctors Say No: The Battleground of Medical Futility*. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press, 1998.
- Rychetský, P. *Ústava České republiky: Ústavní zákon o bezpečnosti České republiky: komentář*. Praha: Wolters Kluwer, 2015.
- Saigal, S. Stoskopf, B. I. Feeny, D. Furlong, W. Burrows, E. Eosenbaum, P.I. Hoult, I. Difference in preference for neonatal outcomes among health care professionals, parents and adolescent. *JAMA*. 1999, 28J(21).
- Sampson, E. L. et al. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009, 2(2).
- Sanchini, V. Nardini, C. Boniolo, G. The withholding/withdrawing distinction in the end-of-life debate. *Multidiscip Respir Med*. 2014, 9(1).
- Savulescu, J. Just dying: the futility of futility. *J Med Ethics*. 2013, 39(9).
- Sefer Hasidim, č. 722.
- Shalev C. End of life care in Israel - The Dying Patient Law 2005. *Israel Law Review*. 2009, 42.
- Shapira A., Law and bioethics in Israel: Between liberal ethical values and Jewish religious norms. *Journal International de Bioéthique*. 2006, 17.
- Schneiderman, L. J., Jecker, N. S., & Jonsen, A. R. Medical futility: Its meaning and ethical implications. *Annals of Internal Medicine*. 1990, 112(12).
- Schneiderman, L. J. Defining medical futility and improving medical care. *Journal of Bioethical Inquiry*. 2001, 8(2).
- Scheiderman, L. J. de Ridder, M. Medical futility. *Handbook of Clinical Neurology*, 2013.
- Sinclair, D. B. *Jewish biomedical law. Legal and Extra-legal Dimensions*. Oxford: Oxford University Press, 2003.
- Sláma, O. *Klinické, etické a právní aspekty rozhodování o kardiopulmonální resuscitaci u terminálně onkologicky nemocných pacientů*. Disertační práce. Brno: Lékařská fakulta Masarykovy univerzity v Praze, 2009.
- Sláma, O. Lze objektivně vymežit, která léčba je u nevléčitelně nemocného pacienta „marná“? In: Černý, D. Doležal, A. (eds.) *Smrt a umírání: etické, právní a medicínské otázky a konci života*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2013.
- Sláma, O. Pochop, L. Náležinská, M. Alexandrová, R. *Doporučený postup paliativní péče v MOÚ*. 2016.
- Sláma, O. Prudil, L. Právní aspekty paliativní péče in Sláma, O. Kabelka, L. Vorlíček, J. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2011.
- Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Consensus statement regarding futile and other possibly inadvisable treatment. *Crit Care Med*. 1997, 25.
- Souček, M. a kol. *Vnitřní lékařství*. Grada Publishing: Praha, 2011.
- Standards for Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) and Emergency Cardiac Care. *JAMA*. 1974, 227(7).
- Stapleton, R. D. Engelberg, R. A. Wenrich, M. D. Goss, C. H. Curtis, J. R. Clinician statements and family satisfaction with family conferences in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2006, 34.



- Steinberg, A. Sprung, C. The Dying Patient Act 2005: Israeli innovative legislation. *ISMJ*. 2007, 9(7).
- Steinberg, A. The Halachic basis of the dying patient law. *Assia-Jewish Medical Ethics*. 2008, 6(2).
- Stolínová, J. Mach, J. *Právní odpovědnost v medicíně*. Praha: Galén, 2017.
- Stone, P. Phillips, C. Spruyt, O. Waight, C. A comparisons of the use of sedatives in a hospital support team and in a hospice. *Palliat Med*. 1997, 11(2).
- Sykes, N. Thorns, A. Sedative use in the last week of life and the implications for end of life decision making. *Arch Intern Med*. 2003, 163.
- Symmers, W. J. Not allowed to die. *BMJ*. 1968, 1(5589).
- Šustek, P. Holčápek, T. a kol. *Zdravotnické právo*. Wolters Kluwer, 2017.
- Task Force on Ethics of The Society of Critical Care Medicine. Consensus Statement on the ethics of forgoing life-sustaining treatments in the critically ill. *Crit Care Med*. 1990,18(12).
- Těšínová, J. Žďárek, R. a Polícar, R. *Medicínské právo*. 1. vydání. Praha: C. H.Beck, 2011.
- Ticho A. The Dying Patient Act, 2005- the impact of Jewish religion on euthanasia according to Israeli law. *Medical Law and Bioethics*. 2008, 1.
- Tomoda, A. Yasumiya, R. Sumiyama, T. Tankada, K. Hayakawa, T. Kimimori, M. Reliability and validity of structured interview for competency incompetency assessment testing and ranking inventory. *Journal of Clinical Psychology*. 1997, 53.
- Vácha, M. Königová, R. Mauer, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012.
- Van Rosum, W. The clash of legal sultures over the best interest of the child principle in cases of intentaional parental child abduction. *Utrecht Law Review*. 2010, 6(2).
- Vorlíček, J. Adam, Z. *Paliativní medicína*, 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005.
- Vráblová, B. Infanticida - právní úprava v anglickém common law a vybrané právně-etické aspekty ve světle souvisejících doporučení a směrnic. *Zdravotnické právo a bioetika*. 2015, 5(1).
- Vráblová, B. *Informovaný souhlas nezletilých osob a osob s omezenou svéprávností*. Diplomová práce. Praha: Právnická fakulty Univerzity Karlovy v Praze, 2015.
- Vráblová, B. Kabelka, L. Nezahájení a odstoupení od život udržující/prodlužující léčby – kauzalita, paliativní péče a eutanázie. *Postgraduální medicína*. 2015, 17(2).
- Wagnerová, E. Čl. 2 in Wagnerová, E. Šimíček, V. Langášek, T. Pospíšil, I. a kol. *Listina základních práva a svobod. Komentář*. Praha: Wolters Kluwer, 2012.
- Walton, D. Active and passive euthanasia. *Ethics*. 1976, 86(4).
- White, R. Carr, A. P. Lowe, N. MacDonald, A. *The Children Act 1989 in practice*. Butterworths Law, 2008.
- Wilkoff, B. L. Auricchio, A. Brugada, J. et al. HRS/HRA expert consensus on the monitoring of cardiovascular implantable electronic devices (CIEDs): description of techniques, indications, personnel, frequency and ethical considerations. *Europace*. 2008.
- Wong, J. G. Clare, I. C. H. Holland, A. J. Watson, P. C. & Gunn, M. The capacity of people with a “mental disability” to make a health care decision. *Psychological Medicine*. 2000, 30.

- Yadav, K. N. Gabler, N. B. Cooney, E. Kent, S. Kim, J. et al. Approximately one in three US adults completes any type of advance directive for end of life care. *Health affairs. Advance illness and end of life care*. 2017,36(7).
- Youngner, S. J. Who defines futility? *Journal of the American Medical Association*. 1988, 260(14).
- Zucker, M. B. Zucker, H. D. *Medical futility and the evaluation of life-sustaining interventions*. New York: Cambridge University Press, 1997.

## Seznam použitých právních předpisů

- Listina základních práv a svobod
- Ústava České republiky
- Úmluva o lidských právech a biomedicíně
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách
- Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník
- Zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních
- Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině
- Zákon č. 202/2012 Sb., o mediaci
- Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta
- Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci
- Evropská úmluva o ochraně lidských práv
- Human Dignity and Liberty Act 1992
- Children Act 1989
- Mental Capacity Act 2005
- Mental Capacity Act 2005 Code of Practice
- Patient Near Death Law 2005 (Dying Patient Act 2005)
- Public Health Code
- Texas Advance Directives Act 1999

## Seznam použité judikatury

- *A Local Authority v E* [2012] EWHC 1693 (Fam).
- *A London Local Authority v JH* [2011] EWHC 2420 (COP).
- *A Local Authority v K* [2012] EWHC 242 (COP).
- *A Primary Care Trust* [2008] EWHC 1403 (Fam).
- *Aintree University Hospital NHS Foundation Trust v. James* [2013] UKSC 67.

- *Airdale NHS Trust v Bland* [1993] AC 789 (HL).
- *Alder Hey NHS Trust v Evans* [2018] EWHC 308 (Fam).
- *An NHS Trust v A* [2005] EWCA Civ 1145.
- *An NHS Trust v DJ* [2012] EWHC 3524 (COP).
- *An NHS Trust v B* [2006] EWHC 507 (Fam).
- *An NHS Trust v K* [2012] EWHC 2922 (COP).
- *AVS v NHS Foundation Trust* [2011] EWCA Civ 7.
- *Brune v. Belinkoff*, 354 Mass. 102, 109 (1968).
- *Burke v. Spojené království*, stížnost č. 19807/06.
- *Calvelli and Ciglio v. Itálie*, stížnost č. 32967/96.
- *Ciarlariello v. Schacter*, [1993] 2 S. C. R. 119.
- *Cruzan v. Director, Missouri Department of Health*, (88-1503), 497 U. S. 261 (1990).
- *Gilgunn v. Massachusetts General Hospital*, No. 92-4820 (Mass. Sup. Ct. Civ. Action Suffolk Co. April 22, 1995).
- *Glass v. Spojené království*, stížnost č. 61827/00.
- *Great Ormond Street Hospital v Yates* [2017] EWHC 1909 (Fam).
- *Hendricks v Netherlands* (1982) 5 EHRR 223.
- *J v C* [1970] AC 688, [1969] 1 All ER 788, HL.
- *Johansen v Norway* (1996) 23 EHRR 33.
- *King's College Hospital Foundation Trust v Haastrup* [2018] EWHC.
- *Lambert a další v. France*, stížnost č. 46043/14.
- *L. C. B. v. Spojené království*, stížnost č. 23413/94.
- *Malette v. Shulman* (1990), 72 O. R. (2d) 417 (C. A.).
- *MB* [2006] 2 FLR 319;(2006) 99 BMLR 98.
- Nález Ústavního soudu ze dne 2. 1. 2017, sp. zn. I. ÚS 2078/16.
- Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 9. 7. 2009, sp. zn. II. ÚS 2379/08.
- Nález Ústavního soudu ze dne 18. 5.2001, sp. zn. IV. ÚS 639/2000.
- Nález Ústavního soudu ze dne 20. 8. 2004, sp. zn. II. ÚS 459/03.
- Nález Ústavního soudu ze dne 20. 8. 2014, sp. zn. I. ÚS 173/13.
- *Nancy B. v. Hôtel-Dieu de Québec* (1992), 86 D. L. R. (4th) 385 (Que. S. C.).

- *Neulinger and Shuruk v. Švýcarsko*, stížnost č. 41615/07.
- *NHS Trust A v M, NHS Trust B v H* [2001] Fam 348 (Fam Div).
- *NHS Trust v Baby X* [2012] EWHC 2188 (Fam).
- *NHS Trust v L* [2012] EWHC 2741 (COP).
- *NHS Trust v T (Adult Patient: Refusal of Medical Treatment)* [2004] EWHC 1279 (Fam).
- *Payne v Payne* [2001] EWCA Civ 166, [2001] 1 FCR 425, [2001] 1 FLR 1051.
- *Pretty v. Spojené království*, stížnost č. 2346/02.
- *Re A (Medical Treatment: Male Sterilisation)*[2000] 1 FLR 549.
- *Re B (A Minor) (Wardship: Medical Treatment)* [1990] 3 All ER 927 UK, [1981] 1 WLR 1421.
- *Re C (a minor) (wardship: medical treatment)* [1989] 2 All ER 782.
- *Re C (A Minor) (Medical Treatment)* [1998] Lloyd's Rep Med 1 (Fam Div).
- *Re C (Adult: Refusal of Medical Treatment)* [1994] 1 WLR 290.
- *Re Conservatorship of Wangie*, 1991, No. PX-91-283 (Minn. Dist. Ct. Hennepin Co. July, 1991).
- *Re Dinnerstein* (6 Mass. App. Ct. 466,1978, Norfolk County).
- *Re J (a minor) (Wardship: Medical Treatment)*[1990] 3 All ER 930, [1991] 2 WLR 140, [1992] 1 FLR.
- *Re K (A Minor)* [2006] EWHC 1007 (Fam).
- *Re M* [2011] EWHC 2443 (COP).
- *Re M (Statutory Will)* [2009] EWHC 2525 (Fam).
- *Re MB (An Adult: Medical Treatment)* [1997] 2 FLR 426.
- *Re (on application of Burke) v General Medical Council* [2005] EWCA Civ 1003.
- *Re R (Adult: Medical Treatment)* [1996] 2 FLR 99 (Fam Div).
- *Re Quinlan*, 70 N. J. 10, 355 A.2d 647, 1976.
- *Re T (Adult: Refusal of Treatment)* [1993] Fam 95.
- *R (Tracey) v Cambridge University Hospital NHS Foundation* [2014] EWCA Civ 822.
- *Re Winston-Jones (a child) (medical treatment: parent's consent)* [2004] All ER (D) 313.
- *Re Wyatt (A Child) (Medical Treatment: Parent's Consent)* [2004] EWHC 2247 (Fam).
- *Re Y (Mental Patient: Bone Marrow Donation)* [1996] 2 FLR 787.
- *Rodriguez v. British Columbia (Attorney General)*, [1993] 3 S. C. R. 519.
- Rozsudek Nejvyššího soud ČR ze dne 27. 5. 2015, sp. zn. 25 Cdo 259/2012.
- Rozsudek Nejvyšší soudu ČR ze dne 26. 10. 2011, sp. zn. 25 Cdo 4223/2009.

- *Sahin v. Německo*, stížnost č. 30943/96.
- *Shefer v. The State of Israel* (CA 506/88 *Shefer v. The State of Israel*, PD 48(1) 87, 167-168 (1993)).
- Sp. zn. 28450/09 (Rishon L'ezion) *General Attorney v. B. V. V* (13/9/2009).
- Sp. zn. 24638-02-14 (Jerusalem) *Shaare Zedek Medical Center v. A. H.* (19/2/2014).
- Sp. zn. 16813-11-14 *John Doe v. Attorney General of Israel* (9/12/2014).
- Sp. zn. 16813-11-14 *John Doe v. Attorney General of Israel* (9/12/2014).
- *Superintendent of Belchertown State School v. Saikewicz* 370 N. E.2d 417 (1977).
- Usnesení Ústavního soudu ze dne 12. 8. 2008, sp. zn. I. ÚS 1919/08.
- Usnesení Ústavního soudu ČR ze dne 6. 6. 2017, sp. zn. III. ÚS 2776/15.
- Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 21. 2. 2018, sp. zn. 30 Cdo 2224/2017.
- *Vo v. France*, stížnost č. 53924/00.
- *Y. F. v. Turecko*, stížnost č. 24209/94.
- *X a Y v. Nizozemsko*, stížnost č. 8978/80.
- *X, Y and Z v. Spojené království*, stížnost č. 21830/93.

## Seznam ostatních zdrojů

- A court is an unfit place for a case like Alfie Evans and its moral complexity. Kenan Malik. *The Guardian*. Dostupné online na adrese: <https://www.theguardian.com/commentisfree/2018/apr/29/court-unfit-place-for-case-like-alfie-evans-moral-complexity>.
- American bar Association Commission on Law and Aging a American Psychological Association. *Assessment of Older Adults with Diminished Capacity*. 2008.
- American Medical Association. *Current Opinions of the Council on Ethical and Judicial Affairs of the American Medical Association: Withholding or Withdrawing Life Prolonging Treatment*. 1992.
- British Medical Association. *Withholding or Withdrawing Life-Prolonging Medical Treatment: Guidance for Decision Making*. 2007.
- British Medical Association, Resuscitation Council (UK), Royal College of Nursing. *Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation: a joint statement*. 2016.
- Commission Centrale d'Éthique de l'ASSM. *Décision de réanimation. Directive et recommandations médico-éthiques*. 2007.
- Commission of the Bishops' Conferences of the European Community. *Opinion of the working group on ethics in reserach and medicine on palliative care in the European Union*. 2016.
- Committee on Bioethics of the Council of Europe. *The concept of needless or disproportionate treatment likely to be limited or withdrawn. Guide on the decision-making proces regarding medical treatment in end-of-life situations*.

- Council of Europe. *Guide on the decision-making proces regarding medical treatment in end-of-life situations*.
- Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli.
- Etický kodex České lékařské komory.
- European Resuscitation Council. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *The European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015*.
- European Resuscitation Council a Česká resuscitační rada. Doporučené postupy pro resuscitaci ERC 2015: Souhrn doporučení. *Urgentní medicína*. 2015.
- French court orders severely disabled man be disconnected from food and water. *Catholic Herald*. Dostupné online na adrese: <https://catholicherald.co.uk/news/2019/06/29/french-court-orders-severely-disabled-man-be-disconnected-from-food-water/>.
- General Medical Council. *Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making*. 2010.
- Gřiva, M. et al. *Doporučení pro deaktivaci implantabilních kardioverterů-defibrilátorů u pacientů v terminální fázi života*. Společný dokument odborných společností: České kardiologické společnosti, z. s. České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP, České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP.
- Hospital violated patient's rights with 'do not resuscitate' order, court rules. *The Guardian*. Dostupné online na adrese: <https://www.theguardian.com/society/2014/jun/17/hospital-patient-rights-do-not-resuscitate-addenbrookes>.
- It was our agonising job as Charlie Gard's care team to say: enough. *The Guardian*. Dostupné online na adrese: <https://www.theguardian.com/uk-news/commentisfree/2017/aug/04/it-was-our-agonising-job-as-charlie-gard-care-team-to-say-enough>.
- *KNGM Guideline for Palliative Sedation*, 2009.
- Krejčíková, H. Využití § 101 občanského zákoníku v praxi, návrhy legislativního řešení. Zpráva k rukám výboru Sekce dětské paliativní péče ČSPM ČLS JEP, 2019
- Landmark case in UK court allows withdrawal of treatment for patient in accordance with family wishes. *Compassion in dying. Supporting your choices*. Dostupné online na adrese: <https://compassionindying.org.uk/court-of-protection-withdrawal-treatment-patient-family/>.
- New York State Task Force on Life and Law. *Life-Sustaining Treatment: Making Decisions and Appointing a Health Care Agent*. 1987.
- Nuffield Council on Bioethics: *Critical care decisions in fetal and neonatal medicine. Decision making: the ethical issues*. 2006.
- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment: Ethical, Medical, and Legal Issues in Treatment Decisions*. Washington, DC: US Government Printing Office, 1983.
- Rada Evropy. *Průvodce procesem rozhodování o medicínském postupu v situacích na konci života*. 2016.
- Royal College of Paediatrics and Child Health. *Making decisions to limit treatment in life-limiting and life-threatening conditions in children: a framework for practice*. 2015.
- Sekce dětské paliativní péče ČSPM ČLS JEP. *Stanovisko k poskytování život udržující léčby dětským pacientům*. 2019.

- Světová zdravotnická organizace (WHO). Definice paliativní péče. Dostupné online na adrese: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
- United Nations Children's Fund (UNICEF). *Convention on the Rights of the Child*. Dostupné na adrese: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>.
- US Congress, Office of Technology Assessment. *Life-Sustaining Technologies and the Elderly*. Washington, DC: US Congress, Office of Technology Assessment, 1987.
- Veřejný ochránce práv. *Zpráva o šetření ve výkonu veřejného opatrovnictví*. Sp. zn.: 2539/2017/VOP/ZD. Č. j.: KVOP-21256/2018. 2018.
- Vysvětlující zprávy k Úmluvě o lidských právech a biomedicině.



## Občanskoprávní aspekty poskytování paliativní péče

### Abstrakt

Disertační práce je věnována tématům z klinického prostředí, kde se střetává intenzivní medicína a paliativní péče, z prostředí, kde se rozhoduje, do jaké míry má být pacient léčen intenzivně, do jaké míry má smysl kurativní přístup, a v jakém okamžiku má být tento přístup částečně nebo zcela nahrazen přístupem paliativním. Práce do značné míry sleduje tematickou strukturu oblasti medicínského práva v zahraničí označovanou jako “*Law at the end of life*”.

První část práce se zabývá relevantními pojmy a koncepty v rovině obecné. Tato část práce zahrnuje kapitolu týkající se marné léčby, zabývá se rozdílem mezi nezahájením a ukončením život udržující léčby a eutanázií, samostatná kapitola je věnována problematice rozhodování o péči v závěru života, způsobům řešení konfliktů vznikajících mezi osobami, které se na procesu rozhodování podílí, a problematice dříve vyslovených přání. V druhé části práce je pozornost zaměřena na specifické otázky, které jsou v této oblasti řešeny. Tato část práce obsahuje kapitolu o rozhodnutích týkajících se kardiopulmonální resuscitace, deaktivace implantabilních kardioverterů-defibrilátorů a paliativní sedace. Závěrečná kapitola práce je věnována právní analýze konkrétních případů z praxe.

Práce kombinuje metodu analyticko-deskriptivní a metodu komparativní. V práci představuji především britskou a americkou právní úpravu. V relevantních kapitolách představuji rovněž rozhodovací praxi Evropského soudu pro lidská práva, judikaturu kanadskou nebo německou. Zvláštní místo v práci je vyhrazeno právní úpravě izraelské.

Úvahy *de lege lata* jsou doplněny o úvahy *de lege ferenda*. Ke zpracování některých témat je s ohledem na zmiňovanou absenci české literatury hojně využívána literatura zahraniční, zejména literatura britská a americká. Citována jsou rovněž díla izraelských autorů psaná v angličtině. Jedním z cílů práce je překročit pouhou teoretickou analýzu a nabídnout vhled do

reálných situací, které klinická praxe v souvislosti s poskytováním péče v závěru života řeší. Zásadním cílem práce je předložit ucelené právní pojednání o uvedených otázkách a vyplnit tak prázdné místo v současné odborné literatuře.

### **Klíčová slova**

paliativní péče, marná léčba, odpojení od přístrojů, DNR, paliativní sedace

### **Civil law aspects of the provision of palliative care**

### **Abstract**

This dissertation focuses on topics related to the area of intensive medicine and palliative care. In particular, the clinical environment where legal controversies related to the confrontation of two different approaches, curative and palliative, are discussed. The dissertation follows the structure of the medical law area in common law often called “*Law at the end of life*”.

The first part of the dissertation is dedicated to an analysis of relevant concepts in a more general fashion. This includes the concept of medical futility, the legal distinction between ‘withholding’ and ‘withdrawing’ life-sustaining treatment and euthanasia. One chapter focuses on the decision-making process at the end of life, and the ways of solving conflicts amongst persons involved in the process. Another chapter is dedicated to a detailed analysis of the Czech regulation of advance directives. The second part of the dissertation focuses on specific issues related to the provision of care at the end of life. These include decisions related to cardiopulmonary resuscitation and DNR orders, the deactivation of pacemakers, and palliative sedation. The final part of the dissertation provides legal analysis of specific cases from clinical practice.

The dissertation combines the analytical-descriptive and comparative methods. Within the comparative study, mostly British and American regulation and case law is presented and analysed. In relevant chapters, an analysis of case laws of the European Court of Human Rights, as well as case law from Canadian and German courts is provided. Special focus is also given to the Israeli law.

Considerations *de lege lata* are followed by considerations *de lege ferenda*. Due to the absence of relevant Czech literature on this topic, the dissertation draws extensively from foreign resources, in particular the British and American literatures. In some places, it also draws from

the literature written by Israeli authors in English. The essential goal of the dissertation is to provide a comprehensive legal text that can suitably fill the gaps that exist in the current Czech literature on the topic. The dissertation attempts to provide not only a theoretical analysis, but also a practical insight into the real-life scenarios the clinical practice has to deal with.

**Keywords**

Palliative care, futile treatment, switching off life support, DNR, palliative sedation